

公欠に係る臨地実習 実施証明書

鈴鹿医療科学大学	学部		学科	
学生番号	氏 名			
実習期間	年 月 日(曜日)		時 分 ~ 時 分	
実習先 (施設名称・住所)				
備考				

上記の学生が、実習を実施したことを証明致します。

年 月 日

実習担当教員

印

【以下は、本学学生向け連絡文です。】

1. 当該臨地実習等の理由により、授業(定期試験等を含む)を欠席しなければならないことがわかった時点で、その旨mellyで科目担当者へ連絡してください。
2. 事後10日以内に本証明書を添付の上、A-Portalで申請してください。

鈴鹿医療科学大学
教務課・白子教務課