

# 在籍証明書

## Certificate of Enrollment

下記の学生が本学に在籍していることを証明します。

This is to certify that the following student is enrolled at our University.

学生の氏名 Student Name	
大学 University	
学部・学科 Faculty	
2024年10月における学年 Academic Year as of 202410	
卒業予定日 Expected Graduation Date	

責任者氏名：

Authorized person：

職名／部署：

Title/Office：

署名：

Signature：

署名日：

Date：

\*申請者の在籍大学の責任者が記入してください。ご記入いただいた情報は、本プログラムのために使用され、その他の目的には使用されません。

\*To be completed by the authorized person of the applicant's home institution. The information submitted here will be used only for this program and will not be used for any other purpose.