

担当課長 認 印	※
-------------	---

旅客運賃学生割引証発行願

年 月 日

愛知医療学院短期大学長 様

リハビリテーション学科

専 攻 (専 攻)

学 年 (年)

学籍番号 ()

氏 名 ()

生年月日 年 月 日

(満 才)

下記により、旅客運賃学生割引証を発行して下さい。

記

1. 旅行目的 ()

2. 旅行期間 年 月 日から 年 月 日まで

3. 旅行区間

発 地	経 由	着 地	割引証枚数	備 考
			枚	
			枚	
			枚	

※ 割引証発行日 年 月 日 印