

学生教育研究災害傷害保険加入期間証明書発行願

年 月 日

宇都宮大学長 殿

- 申請者 -

入 学 年 度 年

氏 名

所 属 学部・研究科

学 籍 番 号

電 話 番 号

受 取 場 所 峰 ・ 陽 東

学生教育研究災害傷害保険加入期間証明書を発行して下さるようお願いいたします。

提 出 先 (例：栃木県庁)

申請理由 (例：インターンシップ)

担当者チェック欄	
本人確認	
入学年度	