

受 験 承 諾 書

出身大学等 _____

受験者氏名 _____ 印

上記の者が、信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻保健学分野の
平成30年度入学の試験を受験することを承諾します。

平成 年 月 日

信州大学大学院医学系研究科保健学専攻
(信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻保健学分野)

領域(ユニット) _____ 領域(ユニット)

担当教員 _____ 印