受　　験　　承　　諾　　書

出身大学等

受験者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

上記の者が，信州大学大学院医学系研究科保健学専攻の２０２４年度入学の試験を受験することを承諾します。

　　　　年　　　　月　　　　日

信州大学大学院医学系研究科保健学専攻

分野・領域　　　　　　　　　　分野　　　　　　　　　　領域

担当教員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印