

受 験 承 諾 書  
Agreement

出身大学等 \_\_\_\_\_  
Name of the School last attended

受験者氏名 \_\_\_\_\_  
Examinee's Name (print)

上記の者が、2026 年度信州大学大学院医学系研究科（修士課程）医科学専攻の入学試験を受験することを承諾します。I agree that the above mentioned examinee sits for the Entrance Examination for the Master's Program (2026 Admission) at the Graduate School of Medicine, Shinshu University.

年                  月                  日  
Year              Month              Day

教室名 \_\_\_\_\_  
Unit \_\_\_\_\_

担当教員 \_\_\_\_\_ 印  
Supervisor (Signature)

信州大学大学院医学系研究科  
Graduate School of Medicine, Shinshu University