

## 受験及び修学承諾書

受験者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

職名 \_\_\_\_\_

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。

なお、本人が貴大学院に入学した場合は、在職のまま修学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長 殿

所属機関 \_\_\_\_\_

所属の長又は  
機関の長 \_\_\_\_\_ 印

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_