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。

なお，本人が貴大学院医学系研究科に入学した場合は，在職のまま修学することを承諾します。

　　　　　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