

受 験 承 諾 書

Agreement

出 身 大 学 等 _____

Name of the School last attended

受 験 者 氏 名 _____ 印

Examinee's Name (print)

(Signature)

上記の者が、2025 年度信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻医学分野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 Doctor's Program (2025 Admission) at the Department of Medical Sciences, Graduate School of Medicine, Science and Technology, Shinshu University.

年 月 日
Year Month Day

教 室 名 _____

Unit

担 当 教 員 _____ 印

Supervisor

(Signature)