

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、2026 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 (2026 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)