

受 験 及 び 修 学 承 諾 書

受験者氏名_____

生 年 月 日 _____ 年 月 日生

職 名 _____

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。

年 月 日

信州大学大学院総合医理工学研究科長 殿

所属長又は
任命権者名 _____ 職印

所 属 機 関 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ — —