

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、2027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 _____