

社会人特別選抜用  
For Working Student Special Selection受験番号  
Examinee  
No.

※

受験承諾書  
Consent for Examination氏名  
Name

西暦 年 月 日生

Date of Birth: Year/Month/Date

 2025年 4月入学 April Admissions / 2025 2025年10月入学 October Admissions / 2025

第1希望専攻 First Choice Department

総合理工学専攻 Department of Science and Technology

 生命医工学専攻(3年制コース)

Department of Biomedical Engineering (3-year course)

上記の者が、信州大学大学院総合医理工学研究科博士課程の入学試験を受験することを承諾します。

I hereby give my approval for the above named party to take the admissions examination for the Doctoral Program of the Graduate School of Medicine, Science and Technology, Shinshu University.

西暦 年 月 日  
Date : Year Month Date信州大学大学院総合医理工学研究科長 殿  
Attn: The Chairman of Graduate School of Medicine, Science and Technology, Shinshu University住所  
Address勤務先  
Place of Employment所属長又は  
代表者氏名  
Name of Affiliated Department Head or Representative印  
[Seal]

※印の欄は記入しないでください。  
Please do not write in columns marked [※]