

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

☐ 2027年 4月入学 April Admissions / 2027

☐ 2027年10月入学 October Admissions / 2027

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 [※]