

受験及び就学承諾書

藤田医科大学大学院
医学研究科長 殿

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日

上記の者が、藤田医科大学大学院 医学研究科の社会人選抜入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院医学研究科に入学する場合は、在職のまま就学することを承諾します。

西暦 年 月 日

勤 務 先
機 関 名

所 在 地

代表者氏名

[公印又は職印]

※本学医学部在職中の者又は本学医学部に在職を予定している者は、所属長（講座教授等）の承諾を得てください。