

推薦書及び就学承諾書

藤田医科大学大学院
医学研究科長 殿

被推薦者氏名				
生年月日	西暦	年	月	日

推薦理由（別紙に記載することも可）

被推薦者が、藤田医科大学大学院 医学研究科 専門職学位課程の入学試験を受験し、入学した場合は、講義が行われる毎週土曜日に在職のまま就学することを承諾します。

西暦 年 月 日

推薦者の勤務先機関名	
所在地	
推薦者氏名	
職名	

※推薦者は被推薦者の上長とすること。