

就 学 承 認 書

藤田医科大学大学院
医療科学研究科長 様

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者が、貴大学大学院医療科学研究科医療科学専攻（博士後期課程）
に入学した場合は、在職したまま就学することを認めます。

年 月 日

所 在 地

所属機関名

職 名

所 属 長

印

見 本

就 学 承 認 書

藤田医科大学大学院
医療科学研究科長 様

氏 名 藤 田 花 子

生年月日 19** 年 **月 **日生

上記の者が、貴大学大学院医療科学研究科医療科学専攻（博士後期課程）
に入学した場合は、在職したまま就学することを認めます。

****年 **月 **日

所 在 地 愛知県〇〇市△△町□□番地

所属機関名 ◇◇◇◇◇病院

職 名 〇〇部長

所 属 長 藤 田 太 郎 印