

受 験 ・ 就 学 承 諾 書

年 月 日

兵庫医科大学長 殿

住 所

機 関 名

所属長職

氏 名



下記の者が、貴大学院医学研究科博士課程の入学試験を受験することを許可
します。なお、同人が貴大学院医学研究科に入学した場合は、在職のまま就学
することを承諾します。

記

氏 名 _____

生年月日 年 月 日

現 住 所 _____

職 名 _____