|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**受　験　承　諾　書**

山梨大学長　殿

このたび、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が貴大学院医工農学総合教育部

博士課程医学専攻を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院に入学した場合、在職のまま在学することを認めます。

　　　年　　　月　　　日

機関名・職名：

氏　　　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（注） ※欄は大学側で記入します。