受験番号

Examinee No.

※

**受験承諾書**

**Letter of Approval**

山梨大学長　殿

To the President of Yamanashi University

入学志願者 氏 名

Applicants Full Name

　　　　　　　　　　　　　 　 Family Middle First

　上記の者が、貴大学院医工農学総合教育部博士課程医学専攻の入学試験を受験することを承諾します。

I authorize the above-mentioned person to take the Entrance Examination for Doctor’s Course (MEDICINE)

at Integrated Graduate School of Medicine, Engineering, and Agricultural Sciences, University of Yamanashi.

日付 Date:

　　　 　　　, ,

　　　　　　　　　　　　　 　　　 (year) (month) (day)

所属機関・職名

Organization Name・Job title :

氏名 Name:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Seal/Signature

　 　　 　 印

注1．出願時に勤務先がある方は、現勤務先の所属機関の長（例えば、病院に勤務の方は病院長）が承諾したものを必ず提出して

ください。なお、本書類について不明な点がある場合は、学務課教務グループ大学院担当(電話：055-273-9627)へ問い合わ

せてください。

Note 1. If you are employed at the time of application, please submit it with the approval of the head of your current institution (for example, the

hospital director if you work at a hospital). If you have any questions regarding this document, please contact the Graduate School Supervision,

and instruction, Academic Affairs Division (Phone: +81-55-273-9627).

注2：※欄は記入しないでください。 Note 2 : Please do not fill in the blank marked “※” field.