

(社会人用)

受験 番号	※
----------	---

## 受 験 承 諾 書

帝 京 大 学 学 長 殿

このたび、 \_\_\_\_\_ が、貴大学院  
保健学研究科 \_\_\_\_\_ 専攻 \_\_\_\_\_ 課程を受験することを  
承諾します。

なお、入学した場合は在職のまま就学することを認めます。

年 月 日

機関名  
(病院・会社名等) \_\_\_\_\_

所属・役職等 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

注) 就学について応諾できる方が記載してください。

※欄は大学側で記入します。