（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。