

# 受 験 承 諾 書

出身大学等 \_\_\_\_\_

受験者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の者が、信州大学大学院医学系研究科保健学専攻の2025年度入学の試験を受験することを承諾します。

年 月 日

信州大学大学院医学系研究科保健学専攻

分野・領域 \_\_\_\_\_ 分野 \_\_\_\_\_ 領域 \_\_\_\_\_

担当教員 \_\_\_\_\_ 印