

受 験 承 諾 書

出身大学等 _____

受験者氏名 _____ 印

上記の者が、信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻保健学分野の
2025年度入学の試験を受験することを承諾します。

年 月 日

信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻保健学分野

ユニット _____ ユニット

担当教員 _____ 印