(様式D)

**受　験　許　可　書**

　　　年　　　月　　　日

湘南医療大学大学院

保健医療学研究科長　殿

所属先名称

所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）

　この度、 　が、貴大学院保健医療学研究科修士課程を受験することを許可します。

(受験者氏名)

　なお、本人が貴大学院に入学した場合、在職のまま在学することを認めます。