**受 験 承 諾 書**

湘南医療大学

大学院保健医療学研究科長　殿

　このたび、 が、貴大学院保健医療学研究科保健医療学専攻

(受験者氏名)

　　　　　　　　　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。

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　（病院・会社名等）

　　　　　　　　　　　　　所属・役職等

　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）