

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。