

受 験 及 び 就 学 承 諾 書

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

現 職 名 _____

上記の者が、令和5年度東京医科大学大学院医学研究科社会人大学院・臨床研究系専攻／研究系専攻 博士課程を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院医学研究科に入学した場合は、在職のまま就学することを承諾します。

令和 年 月 日

東京医科大学大学院医学研究科長 殿

フリガナ

所属長又は任命権者 _____ 印

所属機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____