

受 験 及 び 修 学 承 諾 書

受験者氏名

生年月日

年 月 日生

職名

上記の者が、_____年度松本大学大学院健康科学研究科（博士前期課程・博士後期課程）健康科学専攻の入学者選抜を受験し、合格した場合は修学することを承諾します。

年 月 日

松本大学大学院健康科学研究科長 殿

所属長又は

任命権者名

職印

所属機関

所在地

電話番号

— —
