受　験　承　諾　書

令和　　年　　月　　日

三　重　大　学　長　殿

勤務先

所在地

責任者　　㊞

下記の者が三重大学大学院医学系研究科デジタルヘルス専攻（修士課程）の入学試験を受験することを承諾いたします。

記

氏　　名

生年月日　　昭和／平成　　年　　月　　日

現 住 所

勤 務 先

（身 分）