

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医科学専攻
（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 年 月 日
 平成

現 住 所

勤 務 先

（ 身 分 ）