受　験　承　諾　書

所　属

職　名

氏　名

上記の者について，弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻（博士後期課程）の出願を承諾します。

なお，合格の際は，引き続き在職したまま入学することを承諾します。

年　　月　　日

勤務先

所属長

職・氏名　　㊞