

受 験 承 諾 書

所 属

職 名

氏 名

上記の者について、弘前大学医学部保健学科第3年次編入学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。

令和 年 月 日

勤務先

所属長

職・氏名

㊞