（研究科出願時用）

令和　　　年　　月　　日

茨城県立医療大学学長　殿

(所属長等)

所属・職名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**入学承諾書**

下記の者が、貴研究科（保健医療科学研究科）に合格した場合には、入学することを承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 職　名 |  |
| 氏　名 |  |

* この様式はホームページからダウンロードできます。

（注）所属長等は、勤務先の所属長又は本人を熟知し職場の指導的立場である者をいいます。