

## 受 験 及 び 就 学 承 諾 書

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 西暦            年    月    日生  
現 職 名 \_\_\_\_\_

上記の者が、令和6年度東京医科大学大学院医学研究科社会人大学院・臨床研究系専攻／研究系専攻 博士課程を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院医学研究科に入学した場合は、在職のまま就学することを承諾します。

令和    年    月    日

東京医科大学大学院医学研究科長 殿

フリガナ  
所属長又は任命権者 \_\_\_\_\_ 印  
所属機関 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_