

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

学籍番号 _____

上記の者が、令和7年度東京医科大学大学院医学研究科医学専攻 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（自署） _____

所属機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____