

受 験 承 認 書

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

上記の者が、令和6年度岐阜大学大学院医学系研究科医科学専攻（博士課程）
の入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院に入学した場合、在職のまま在学することを認めます。

令和 年 月 日

岐阜大学大学院医学系研究科長 殿

所 在 地

機 関 名

所 属 長

印