

就学承諾書

年 月 日

藤田医科大学大学院 医学研究科長 殿

所属機関所在地

所属機関名

代表者氏名 ⑩

下記の者が、在職のまま、貴大学院医学研究科に在籍することを承諾します。

記

学 年 : 大学院 学年 (一般・社会人) ※就学時の学年/身分を記載

学籍番号 : 氏 名 :

就学期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

現住所 : 〒 -

職 名 : ※勤務先での職名を記載
(例：医局長、助教、医師等)

* 本学在職中の者又は本学に在職している者は、所属長（講座教授等）の承諾を得ること。