受 験 承 諾 書

（在職者入学用）

新潟大学大学院医歯保健学研究科長 殿

所 属

職 名

氏 名

上記の者について，新潟大学大学院医歯保健学研究科健康科学専攻（博士後期課程）

　　　　　　　　　　　　　プログラムの受験を承諾します。

なお，合格の際は，引き続き在職したまま入学することを承諾します。

また，長期履修制度について，下記のとおり申し出ます。

記

※ 長期履修制度について（どちらかに必ずチェックをしてください。）

* 長期履修制度を希望する。 履修期間を 年にする。

（ 4 年又は 5 年）

* 長期履修制度を希望しない。

令和 年 月 日

事 業 所 名所 在 地

事業所等の長又は代表者職 名

印

氏 名