

(社会人特別選抜)

令和 年 月 日

新潟大学大学院医歯保健学研究科長 殿

所属機関長
(職名)
氏 名 _____ (印)

受 験 承 諾 書

下記の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）の入学試験を受験することを承諾いたします。

記

氏 名 _____