

(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

下記の者が新潟大学大学院医歯保健学研究科の入学試験を受験することを承諾いたします。

記

氏 名 _____