

承 諾 書

令和 年 月 日

近畿大学大学院医学研究科長 殿

専攻分野名 _____

指導教授名 _____ (印)

下記の者が、本学大学院医学研究科に入学の際は、大学院学生として受け入れることを承諾いたします。

記

氏 名 _____