受験・就学承諾書

　　　年　　月　　日

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科長　殿

　所属機関所在地

　所属機関名

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者が，長崎大学大学院医歯薬学総合研究科の入学試験を受験すること，本人が貴研究科に入学する場合は，当機関に所属のまま就学することを承諾します。

記

　氏名

　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

　現住所

　職名