

受験番号

※

※印欄は記入しないでください。

年 月 日

## 受験許可書

岩手保健医療大学 学長 殿

施設名： \_\_\_\_\_

施設長氏名： \_\_\_\_\_ 職印

現在、在職中の次の者が、貴研究科の大学院入学試験を受験することを承諾します。

記

受験者氏名： \_\_\_\_\_

勤務部署（職位）： \_\_\_\_\_

注)入学後に勤務しながら就学する場合のみ提出してください。

注)施設長とは、勤務先の任命権者を指します。職印は、私印ではなく、公印を押印願います。