

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください

受験許可書

年 月 日

岩手保健医療大学 学長 殿

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）	

施 設 名：

施設長氏名：

職印

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。