

2027 年度
長野保健医療大学大学院

受験番号	※
------	---

就学承諾書

長野保健医療大学 学長 殿

(入学予定者) _____ が貴大学院に入学した場合は、
在職したまま就学することを承諾します。

(西暦) 年 月 日

所属等

(会社名等) _____

(所在地) _____

(役職名) _____

(氏名) _____ 印

(注) 就学承諾書は、その就学について応諾できる所属長等が記入してください。