

※受験番号

※記入しないでください

承諾書

西暦 年 月 日

亀田医療大学 学長殿

事業所所在地：

事業所名：

代表者氏名：

㊟

電話番号：

現在在職中の下記の者が、亀田医療大学大学院看護学研究科の科目等履修生となることを承諾します。

氏名	
所属等	
職名	
就学予定期間	西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで

※前期期間：4月1日～9月30日 後期期間：10月1日～3月31日