|  |  |
| --- | --- |
| ※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、亀田医療大学看護学部看護学科の聴講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