日本薬科大学大学院薬学研究科薬学専攻（博士課程）

|  |
| --- |
| 受験番号 |
|  |

受 験 承 諾 書

|  |  |
| --- | --- |
| 志願者名 | フリガナ |
|  |
| 生年月日　　西暦　　　年　　月　　日 生 |

上記の者が、日本薬科大学大学院薬学研究科薬学専攻（博士課程）の入学試験を受験する事を承諾します。

令和　　　年　　　　月　　　　　日

勤務先

所属長又は代表者

職名及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

出願時に在職中の者は所属長又は代表者の受験許可を得て下さい。ただし、出願時に職業を有していない場合は、提出は不要です。