|  |  |
| --- | --- |
| 受　験　承 諾 書 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　名古屋市立大学大学院 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　薬学研究科長　　様 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　このたび、志願者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　 | 　が |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　貴学大学院薬学研究科博士前期課程(特別推薦・推薦・一般選抜)入学試験を受験し、当分野を志望することに承諾します。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　（所属・職名） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　 (氏　　　名） | 　 | 　　　　　　　　　　　　　印 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　＊分野責任者の教員と必ず研究計画等について事前に相談し、受け入れ可であることを確認したうえで出願して下さい。事前相談のない場合は、志望分野への配属ができない場合があります。