(様式６－２)

北陸大学

大学院研究科長　　殿

# 通学承諾書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 | ㊞ |
| 履修予定期間 |
| （西暦） | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |

上記の者が、北陸大学大学院医療保健学研究科医療保健学専攻　修士課程において、通学することを承諾します。

（西暦） 年 月 日

勤務先

代表者･所属長

職名及び氏名 ㊞

（※病院に勤務している場合、所属長は病院長となります。）

※ 印鑑については、公的な文書に押印する代表者印（公印）を用いてください。