

(様式6)※長期履修用

北陸大学大学院研究科長 殿

通学承諾書

| | |
|--------|---------------|
| 氏名 | ⑩ |
| 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、標準修業年限を超えて上記の期間にわたり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 _____ ⑩

(※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。