

(様式6－2)

北陸大学
大学院研究科長 殿

通学承諾書

氏 名	印
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 博士後期課程において、
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 _____ 印

(※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。