

(様式3)  
(Form 3)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 受験番号<br>Examinee Number | ※ |
|-------------------------|---|

# 受験承諾書

## Examination Permission Letter

金沢大学大学院先進予防医学研究科長 殿  
To: Dean of Graduate School of Advanced Preventive  
Medical Sciences, Kanazawa University

氏名  
Full Name

上記の者が金沢大学大学院先進予防医学研究科先進予防医学共同専攻（医学博士課程）

（ 領域 研究分野）の入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が入学した場合は、在職のまま在学することを認めます。

I hereby authorize the person named above to take an entrance exam for the Division of Advanced Preventive Medical Sciences (Doctoral Course), Graduate School of Advanced Preventive Medical Sciences, Kanazawa University.

(Research Field: Department: )

Additionally, I acknowledge that the said person may enter the School while employed if acceptance is granted by the School.

年 月 日

所属機関名

Name of the Institution

所属機関長

Name of the Head of Institution

公印

Official Seal