|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号  Examinee Number | ※ |

（様式３）

【先進予防】

Advanced Preventive

Medical Sciences

(Form 3)

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医薬保健学総合研究科医学専攻（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　　　　　　　　　　　　　　　 公印

　　　　　　　　　　　Name of the Head of Institution　　　　　　　　　　 　Official Seal

※欄は記入しないでください。

\*Please do not fill out the section marked with an asterisk (※)