様式10

受　験　承　諾　書

年　　　月　　　日

湘南鎌倉医療大学

学長　殿

所属機関所在地

所属機関名

所属長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者について、湘南鎌倉医療大学大学院看護学研究科に出願することを承諾します。

なお、本人が貴研究科に入学する場合は、当機関に在職のまま就学することを承諾します。

記

（志願者）

氏名

所属

職名