（西暦）　　　　年　　月　　日

※欄は記入しないでください

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

受験及び就学承諾書

第一薬科大学

学　長　　都　築　仁　子　　殿

所属機関名

所　在　地

役　職　等

所属長氏名 ㊞

下記の者が、第一薬科大学大学院 薬学研究科 薬学専攻の令和６（２０２４）年度 入学試験を受験することを許可します。また、同人が貴大学院に入学した際には、在職したまま在学することを承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　生 |

注１）所属長とは、その就学について応諾できる方です。

注２）印鑑は、私印ではなく公印を押印いただくようお願いします。