

# 様式 E

## 受験承諾書

(修学同意書)

フリガナ		
氏名		年 月 日生 (西暦で記入してください。)

上記の者が、静岡社会健康医学大学院大学入試を受験することを承諾します。  
また、上記の者が合格した場合には、当社（当団体）に在職しつつ、静岡社会健康医学大学院大学社会健康医学研究科で修学することを承諾します。

年 月 日

会社・団体等所在地 \_\_\_\_\_

会社・団体等名称 \_\_\_\_\_

役職及び氏名 \_\_\_\_\_ (印)