承諾書

（履修同意書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 年 |  | 月 |  | 日生 |
| 氏名 |  |
| （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の科目等履修生とな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 |  | ㊞ |