

〔看護学専攻 科目等履修生用〕

受 験 承 諾 書

年 月 日

淑徳大学長 殿

住 所

氏 名

印

このたび上記の者、淑徳大学大学院看護学研究科の入学試験を受験することを承諾いたします。

勤務先所在地 _____

電話番号 () _____

名 称 _____

印

代表者氏名 _____

印