

※社会人入学志願者のみ提出

受験番号	
------	--

受 験 許 可 書

氏 名
(年 月 日生)

上記の者が、2027年度名古屋大学大学院医学系研究科博士課程の転入学試験を受験することを許可します。

年 月 日

名古屋大学大学院医学系研究科長 殿

所 属 先

所 在 地

所属長又は代表者
職名・氏名



(注)入学日において有職(予定)の者は必ず提出すること。受験日と入学日において所属先が異なる場合は、受験日における所属先の許可を得てください。許可書への署名押印は所属長など受験に際して許可を与えられる者であれば可とする。(職印が望ましい。)