

(様式院 5)

受 験 番 号
※

令和 年 月 日

出 願 承 認 書

佐賀大学大学院_____研究科長 様

(勤務先・所属長 印)

下記の者の令和_____年度佐賀大学大学院先進健康科学研究科

_____コース入学者選抜への出願を承認いたします。

記

出 願 者 氏 名 _____ (男 ・ 女)

生 年 月 日 昭和・平成_____年_____月_____日生

所属部・課・係 _____