（様式院6）

（Form #6）

＊ 受 験 番 号

令和　　年　　月　　日

**受　　験　　承　　認　　書**

佐賀大学大学院医学系研究科長　殿

　　　勤　務　先

　　　又は在学先

　　　所　在　地

　　　所属長又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の者の　佐賀大学大学院医学系研究科博士課程

令和８年 ４月入学

　　　　　　医科学専攻　　　　　　　　　　　　　 学生募集における受験を承認します。

記

出 願 者 氏 名

昭和

平成

生　年　月　日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日