

受験 番号	※
----------	---

受 験 承 諾 書

帝 京 大 学 学 長 殿

このたび、 _____ が、貴大学院
医療データサイエンスプログラム（博士後期課程）を受験することを承諾し
ます。

なお、入学した場合は在職のまま就学することを認めます。

20 年 月 日

機関名
(病院・会社名等) _____

所属・役職等 _____

氏 名 _____ 印

注) 就学について応諾できる方が記載してください。

※欄は大学側で記入します。