

大学院

横浜市立大学大学院

医学研究科長

勤務先所属長の承諾書

学 生

ふりがな
氏 名 _____

住 所 _____

電 話 _____ () _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

公立大学法人横浜市立大学大学院医学研究科における YCU 医療経営・政策プログラムの受講を承諾します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属名並びに補職名 _____ 印