

# 勤務先所属長の承諾書

出 願 者

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