

# 勤務先所属長の承諾書

出願者

ふり 氏 がな 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 \_\_\_\_\_