

承 諾 書

年 月 日

浜松医科大学長 殿

所属機関等の名称

代表者の氏名及び職名

公印

下記の者が、貴学の科目等履修生として在学することを承諾します。
なお、この履修については、個人の勉学能力の向上を目的としているものであることを確約
します。

記

氏 名	所 属 及 び 職 名