

別記様式第4

承 諾 書

平成 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、貴学の聴講生として在学することを承諾します。

記

氏 名	所 属 及 び 職 名