|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しないでください。 |

**受　験　承　認　書**

**（令和7年10月入学者、令和8年4月入学者用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　年　　月　　日

　上記の者が、旭川医科大学大学院医学系研究科博士課程〔医学専攻〕の入学試験を受験することを承認いたします。

　 　　　　年　　月　　日

　　　旭 川 医 科 大 学 長 　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　機　関　名

　　　　　　　　　　　　　　　　所　属　長　　　　　　　　　　　　　㊞