

# 承諾書

フリガナ

氏名

⑩

生年月日

住所〒

電話

上記の者を、平成 年 月 日から平成 年 月 日  
まで、本科の臨床専科生として、受け入れることを承諾いたします。

平成 年 月 日

科

指導教員

⑩