

受験番号

（記入不要）

## 受験及び就学承諾書

西暦 年 月 日

大阪医科薬科大学  
学長 殿

所在地

機関名

所属長名

（公印）

下記の者について、大阪医科薬科大学大学院医学研究科医科学専攻（修士課程）の入学試験を受験することを許可します。

なお、本人が貴大学院医学研究科に入学した場合は、在職のまま就学することを承諾します。

記

所属

氏名

生年月日 西暦 年 月 日

以上