就　学　承　諾　書

年　　月　　日

杏 林 大 学 長　殿

所属機関
所 在 地　東京都三鷹市新川 6-20-2

所　　属
機 関 名　杏林大学医学部付属病院

病院長名　　〔印〕

下記の者について、当機関に在職のまま杏林大学大学院医学研究科に就学することを承諾します。

記

（申請者）　学　　年　　年（　　年　　月入学）

学籍番号

専　　攻

氏　　名　　㊞

所属機関での職名

指導教授　　㊞