様式５ Form 5

**受　験　承　諾　書**

**Letter of Agreement for Examination**

　　　　　年　　　　　月　　　　　日

Year Month Day

久留米大学大学院医学研究科

科長　　　溝　口　　充　志　　　殿

Dr. Atsushi Mizoguchi

Dean of Graduate School of Medicine

Kurume University

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Company/institution

職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Title

所属長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

Name of supervisor

下記の者が久留米大学大学院医学研究科　（　　修士　　・　　博士　　） 課程の秋期入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が合格した場合は、在職のまま昼夜開講制への入学を認めます。

I allow the following person to take the entrance exam of the Doctoral Course starting in fall at the Kurume University Graduate School of Medicine.

If the person below passed the entrance examination, I accept that he/she will enroll in the day/night doctoral program offered at the Kurume University Graduate School of Medicine while being enrolled/employed at my company/institution.

氏　名：　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(Applicant’s name)