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 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)