　　年　　月　　日

**受験許可書**

岩手保健医療大学　学長 殿

　　　　　　　　　　　　　　施 設 名：

　　　　　　　　　　　　　　施設長氏名：　　　　　　　　　　　　　職印

現在、在職中の次の者が、貴研究科の大学院入学試験を受験することを承諾します。

記

受験者氏名：

勤務部署（職位）：

注)入学後に勤務しながら就学する場合のみ提出してください。

注)施設長とは、勤務先の任命権者を指します。職印は、私印ではなく、公印を押印願います。