受　験　許　可　書

　　名古屋市立大学大学院

　　　　　　医学研究科長　　様

　　このたび、志願者　　　　　　　　　　　　　　　　が、

　　貴学大学院医学研究科修士課程を受験することを許可します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　（所属・職名）

　　　　　　　　　　　 (氏　　　名） 　　印