　 　　　　氏　名

昭和・平成　　年　　月　　日生

貴大学大学院医学系研究科に在学中の上記の者が、在職のまま就学

　 することを承諾します。

令和　　　年　　　月　　　日

山口大学大学院医学系研究科長　殿

所在地

機関名

所属長 印