

承 諾 書

年 月 日

東京医科歯科大学長 殿

機 関 名 _____

所 在 地 _____

職 ・ 氏 名 _____ (印)

下記の者が、本機関に在職のまま、_____年 ____月から貴大学院の社会人
コースに在学することを承諾します。

記

氏 名 : _____

所属部署・課等名称 : _____ 部 _____ 課

勤 務 形 態 : 常 勤 ・ 非 常 勤 (週 _____ 時間)

- 注) 1. 勤務する機関の代表者又は人事担当責任者の承諾を受けてください。
2. 本大学院の授業の履修に支障が生じないよう、勤務先及び指導教員と十分相談願います。