

受験番号	※
------	---

受験許可書・入学承諾書

氏 名

年 月 日生

上記の者が、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科修士課程（2027年4月入学）の入学試験を受験することを許可します。

また、上記の者が合格した場合は、入学することを承諾します。

年 月 日

勤 務 先

又は在学先

所属長又は代表者

職名及び氏名

公印

（注1）出願時に、官公署・民間会社・病院等に勤務している方、又は他大学等に在学している方は提出してください。（卒業見込み・修了見込みの方は除く。）

ただし、入学時に勤務先が変更となる事が決まっている場合は提出不要です。

その場合、入学後速やかに「入学承諾書」を提出していただくことになります。

（注2）病院に勤務している場合、所属長は病院長となります。

（注3）押印していただく印鑑については、所属長又は代表者の私印ではなく、公的な文書に押印する代表者印（公印）を用いてください。

【この枠内は、志願者本人が記入してください。】

昼夜開講制（14条特例）の適用希望の有無について（どちらかの□に✓をしてください）

- 入学後も勤務を続け、社会人として昼夜開講制の適用を希望する
- 入学後は勤務を中断し、昼夜開講制の適用を希望しない

※の欄は記入しないでください。