

日本薬科大学大学院薬学研究科薬学専攻（博士課程）

受験番号

受験承諾書

志願者名	フリガナ			
生年月日	西暦	年	月	日生

上記の者が、日本薬科大学大学院薬学研究科薬学専攻（博士課程）の入学試験を受験する事を承諾します。

令和 年 月 日

勤務先 _____

所属長又は代表者
職名及び氏名 _____ 印

出願時に在職中の者は所属長又は代表者の受験許可を得て下さい。ただし、出願時に職業を有していない場合は、提出は不要です。