（様式 D）

受　験　許　可　書

年　　月　　日

湘南医療大学大学院
保健医療学研究科長　殿

所属先名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

この度、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、貴大学院保健医療学研究科修士課程を受験することを許可します。
（受験者氏名）

なお、本人が貴大学院に入学した場合、在職のまま在学することを認めます。