

# 就学承諾書

令和 年 月 日

鳥取大学大学院医学系研究科長 殿

所在地

名称

代表者職名

氏名

印

下記の者が、在職のまま鳥取大学大学院医学系研究科に就学することを承諾します。

記

職名

氏名

採用（予定）年月日

年 月 日