承　　諾　　書

令和　　年　　月　　日

　鳥取大学医学部長　　殿

所　在　地

名　　　称

代表者職名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　下記の者が、令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで貴学部

入　　学

　研究生として　　　　　　することを承諾します。

研究継続

記

職　　名

氏　　名