

令和 9（2027）年度 社会人選抜用

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください。

受 験 許 可 書 (入学同意書)

熊本保健科学大学大学院

保 健 科 学 研 究 科 長 殿

受験者氏名

生年月日 西暦 年 月 日生

上記の者が、熊本保健科学大学大学院保健科学研究科社会人選抜を
受験することを許可します。

また、上記の者が熊本保健科学大学大学院保健科学研究科社会人選
抜に合格した場合は、在職したまま修学することを認めます。

西暦 年 月 日

所在地

勤務先

所属長または代表者氏名

印