

承 諾 書

令和 年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

所 在 地

所 属 名

代表者氏名

㊟

下記の者が山形県立保健医療大学研究生となることを承諾します。

記

| | |
|------|-------------------------|
| 所属部課 | |
| 職 名 | |
| 氏 名 | |
| 承認期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |
| 備 考 | |