

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	