

受験番号	※
------	---

受験許可証

氏名

昭和
平成

年 月 日生

上記の者が、令和5年度福井大学大学院医学系研究科看護学専攻（修士課程）の入学者選抜試験を受験することを許可します。

なお、本人が貴大学大学院に入学した場合は、在職のまま在学することを認めます。

令和 年 月 日

福井大学長 あて

所在地

所属機関

所属長

⑩

※印の欄は、記入しないでください。