

受験番号	※
------	---

受 験 許 可 証

氏 名

昭和 年 月 日生
平成

上記の者が、令和8年度福井大学大学院医学系研究科看護学専攻博士前期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。