

受 験 承 諾 書

年 月 日

純真学園大学保健医療学研究科
研究科長 殿

所 属 _____

職 名 _____

所属長名 _____ 印

下記の者が純真学園大学大学院保健医療学研究科修士課程の入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が合格した場合は、在職のまま昼夜開講制への入学を認めます。

記

氏 名 : _____

以上

2023 年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）

在 職 期 間 証 明 書

整理番号	*
------	---

純真学園大学長 様

施 設 名

施設の長（代表者）の氏名

印

所 在 地

次の者について、記載のとおり実務者として在職している（又は在職していた）ことを証明します。

記

1	フリガナ 氏 名	
2	在職期間	年 月 ～ 年 月
3	職 種	
4	勤務形態	1. 常 勤 2. 非常勤（1日当たり 時間、 週 日勤務）

（注1）ここでの在職期間は、看護師、保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格による実務者としての勤務期間をいいます。

（注2）勤務形態については、常勤又は非常勤のどちらかに○をつけ、非常勤の場合は、（ ）内も記入してください。

（注3）複数の施設からの証明が必要な場合は、あらかじめこの用紙をコピーして使用してください。