※受付番号

[社会人特別選抜]

※受付番号

(西暦）

年 月 日

神奈川歯科大学学長 殿

施 設 名：

代表者氏名： 印

受 験 承 諾 書

下記の者が「神奈川歯科大学大学院歯学研究科」の入学試験を受験することを承諾いたします。

記

氏 名