

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9年度福井大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後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。