

受付番号	※
------	---

※欄は記入しないこと

承諾書

令和 年 月 日

鳥取看護大学 学長 殿

所属機関名

所属長名

⑩

下記の者が、鳥取看護大学『履修証明プログラム』を受講することを承諾します。

記

所属部署

職 名

氏 名