

受験番号	※
------	---

受 験 許 可 書

氏 名 _____
生年月日 西暦 年 月 日

上記の者が、2026 年度高知大学大学院総合人間自然科学研究科医科学専攻
(修士課程) の入学試験を受験することを許可します。

西暦 年 月 日

高知大学大学院総合人間自然科学研究科長 殿

所 在 地
機 関 名
所 属 長
(自 署)

(注) ※欄は記入しないでください。