承　諾　書

　鳥取看護大学　学長　様

所属先・職名　　（ ）

氏　　　　名　　（ ）

上記の者が 鳥取看護大学 令和　　年度　　期（令和　 年 　月　 日～　令和　　 年 　　月　　 日）　〔　科目等履修生　・　聴講生　〕として鳥取看護大学に通学することを許可します。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（所属先）

（所属長名）　　　　 　　　　　　　　㊞