承 諾 書

鳥取看護大学 学長 様

所属先・職名 ()

氏 名 ()

上記の者が 令和7年度履修証明プログラム受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)

印