承　　認　　書

　　次の者について、札幌医科大学保健医療学部の聴講生になることを

　承認します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　職　　名

 氏　　名

　　年　　月　　日

 所 属 名

 所 属 長 

 札幌医科大学長　　山　下　敏　彦　　様