

平成 年 月 日

承諾書

成績および健康診断結果の保護者への通知について承諾します。

(本人)

住 所

受 験 番 号

氏 名

㊞

(保護者)

住 所

氏 名

㊞

本人との続柄

九州歯科大学長 殿