

承 諾 書

西暦 年 月 日

ものつくり大学長 様

会社等住所
会社等名
所属長職名
所属長氏名

印

下記の者が貴学特別課程受講生になることを承認します。

記

所属部課及び職名	
氏 名	
受 講 期 間	西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日 まで
備 考	