**承　諾　書**

当　　　　　　　　　　　　　に在籍している職員　　　　　　　　　　が、茨城県西部医療機構　職員採用試験を受験することを承諾致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　印