**様式5-1 (博士)**

資料

**研究施設承諾書**

年　　月　　日

札幌医科大学

大学院保健医療学研究科長　様

　　　　　　　　　が本施設において、貴学保健医療学研究科博士課程後期の研究に関わるデータ収集および分析等を行うことを承諾します。

施設名

施設代表者名又は

受入責任者名　　　　　　　　　　　㊞