令和　5 年　 月　 日

**承　　諾　　書**

札幌医科大学医学部附属フロンティア医学研究所長　殿

所属機関名

所属長職名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の者が、貴研究所の共同研究課題に応募することを承諾いたします。

記

１．研究者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 氏　　名 | 所　属・職　名(学生の場合は課程・年次) |
| 申請代表者研究分担者 |  |  |

２．研究課題

３．研究期間

令和　5 年　 月　 日　　～　　令和　6 年　3 月　31 日