令和　 年　 月　 日

**承　　諾　　書**

札幌医科大学医学部附属研究所長　殿

所属機関名

所属長職名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の者が、現在貴研究所と締結済みの共同研究契約を更新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 6年 ４月 １日　　～　　令和 7年 ３月 ３１日