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・職名

指導教員氏名　　　　　　　　　　　　印

下記学生が、貴研究所の共同研究に参加することを承諾いたします。

記

学生氏名：

研究課題：

研究期間：　　令和　 年　 月　 日　　～　　令和　6 年　3 月　31 日

以上