

(様式 2)

平成 年 月 日

承 諾 書

長崎大学原爆後障害医療研究所長 殿

所属機関住所

所属機関名

所属機関長

印

下記共同利用・共同研究の申請について承諾いたします。

記

1. 代表研究者

所属部局

職 名

氏 名

2. 申請課題名

3. 実施期間 自 平成 25 年 10 月 1 日

至 平成 26 年 3 月 31 日