**共同研究承諾書**

明治国際医療大学

　　学　長　　矢　野　忠　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　所属長氏名　　　　　　　　　㊞

　　下記の者が、明治国際医療大学との共同研究を行うことを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究テーマ | |  | | |
| 研究期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | |
| 氏　　名 | | 所　　属 | | 職　　名 |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |