

年 月 日

京 都 大 学 医 学 部 長 殿

会社等の名称

所 在 地

代表者職氏名

印

承 諾 書

下記の者は、個人的理由によって貴学医学部研究生として研究に従事することを承諾
します。

また、所要経費は自己負担で行うものであります。

記

1. 所 属
2. 職 名
3. 氏 名
4. 期 間

年 月 日～ 年 月 日