

様式5-1 (博士)

研究施設承諾書

●●●●年●●月●●日

札幌医科大学
大学院保健医療学研究科長 様

●● ●● が本施設において、貴学保健医療学研究科博士課程後期の
研究に関わるデータ収集および分析等を行うことを承諾します。

施設名 ●● ●●

施設代表者名又は

受入責任者名 ●● ●● (印)