○○○○年○○月○○日

**多機関共同研究分担承諾書**

国立○○○法人○○○○○○センター

理事長　○○　〇〇　殿

病院長　○○　○○　殿

（派遣元）機関名　　神戸松蔭大学

所在地　　神戸市灘区篠原伯母野山町１－２－１

所属機関代表者名　　学　　長　　徳　山　孝　子

共同研究分担者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　■男　　　□女

所　属（派遣元）　　　○○学部○○学科　　　　　　　　職　名（派遣元）　教授

生年月日　　　　　　　○○○○年　○○月　○○　日

研究責任者　　　　〇〇　〇〇　　　　　　　　所属・職名

|  |  |
| --- | --- |
| 研究期間 | ○○○○年○○月○○日　～　○○○○年○○月○○日 |
| 使用予定場所 |  |

上記の者が、貴センターで実施される「○○○○○○○」を分担することを承諾します。