

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

多機関共同研究分担承諾書

国立〇〇〇法人〇〇〇〇〇〇〇センター

理事長 〇〇 〇〇 殿

病院長 〇〇 〇〇 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 ふり がな 氏 名 ふり がな 〇〇 〇〇 ☒男 ☐女

所 属 (派遣元) 〇〇学部〇〇学科 職 名 (派遣元) 教授

生年月日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇 日

研究責任者 〇〇 〇〇 所属・職名

研究期間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
使用予定場所	

上記の者が、貴センターで実施される「〇〇〇〇〇〇〇」を分担することを承諾します。