２０　　年　月　日

　東京医科歯科大学長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　〒　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東京都○○区○○×－×－××

　　　　　　　　　　　　　　　　会社名又は　株式会社　○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　機　関　名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・氏名　代表取締役　○○○○印

　下記の者を受託研究員として貴学に研究指導を委託したいので受入れを許可下さるようお願いします。

　　　氏　名　○○○○

　添付書類

　　　調　書　　　１通

|  |
| --- |
| 調　　　　書 |
| 履歴事項 | （ふりがな）氏　　　　名 |  |
|  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  |
| 研究期間中の居　　　　所 |  |
|  |  |
|  |  |
| 最終学歴及び |  |
| 職　　　　歴 |  |
| 希望事項 |  |  |
| 指導教員及び |  |
|  | 　年　月　日～　　　年　月　日 |
| 備　　　　考 |  |

【この項は提出を不要】

記載についての注意事項

・法人にあたっては、法人名及び職・氏名、職印

・備考欄は、貴社の担当者（部署、電話等）を記載

　名刺や送付状等による提出（連絡）でも可能