

年 月 日

## 承 諾 書

難治疾患研究所長 殿

分野・職名

氏 名

署名

下記により共同研究の難治疾患研究所受入教員となることについて、承諾します。

### 記

1. 研究代表者

所 属

職 名

氏 名

2. 研究題目

3. 研究期間 2024年4月1日 ~ 2025年3月31日