　　年　　月　　日

**承　　諾　　書**

　国立大学法人熊本大学

　　　発生医学研究所長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属　名

　　　　　　　　　　　　　　　所属機関長　　　　　　　　　　　　印

下記により共同研究を実施することについて、承諾します。

記

　　１．研究代表者

　　　　　　職　　名

　　　　　　氏　　名

２．研究題目

　　３．研究期間　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日