

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