様式５

承　　諾　　書

令和 　 年 　 月 　 日

長崎大学熱帯医学研究所長　殿

所属機関長

職・氏名 印

当機関に所属する下記の者が令和６年度熱帯医学研修課程の受講を許可された場合には、研修全期間を通じて受講することを承認します。

記

熱帯医学研修課程受講希望者

氏　　名

※研修期間において、在職または在学等の身分を有しない方については提出の

必要はありません。