

承 諾 書

平成 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職員が貴所の平成 29 年度熱帯医学研修課程
の受講を希望していますので、それが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。