

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**30**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。