

# 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15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