

# 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 17 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