

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。