承諾書

（研究同意書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　 | 年 |  | 月 |  | 日生 |
| 氏名 |  |
| （西暦で記入してください。） |

上記の者が、静岡社会健康医学大学院大学の研究生となることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 会社・団体等所在地 |  |
| 会社・団体等名称 |  |
| 役職及び氏名 |  | ㊞ |