（様式２）

文　書　番　号

令和　６年　　月　　日

承　　　　諾　　　　書

（補助事業代表者の所属機関名・職名）

（補助事業代表者の氏名）　殿

（補助事業分担者の所属機関名・分担機関の長の職名）

（分担機関の長の氏名）

（公　印　省　略）

 「臨床研究開発推進事業（医療技術実用化総合促進事業）国際共同臨床研究実施推進プログラム（海外派遣）」の補助事業課題の募集に対し、当機関（研究所）の職員が、下記により応募することを承諾いたします。

記

１．補助事業課題名 　代表機関の課題名

　　　　　　　　　　　（分担機関の課題名）

２．研究者氏名

以上

* 分担機関の長の氏名は、学部長等が承諾書に関する権限を委任されている場合は、これらの学部長等の氏名で差し支えありません。
* 同一の課題について、同一の機関から複数の補助事業分担者が参加しようとする場合は、「２．研究者氏名」に連記して差し支えありません。
* 公印は省略可能ですが、機関において定められた手続きによって省略してください。省略する場合は該当の書式の右上に機関における文書番号を記載し提出してください。