　国内共同研究（年齢制限なし）

同意書

－　国内共同研究（年齢制限なし） －

ファイザーヘルスリサーチ振興財団ヘルスリサーチ研究助成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 2018年  月  日 |
| 共同研究応募者氏名 |  |  |
| 殿 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究タイトル | | |
|  | | |
| 本共同研究における本共同研究者の担当業務内容（300字以内） | | |
|  | | |
| 私は、上記の要件に基づき、国内共同研究（年齢制限なし）の共同研究者となることを  承諾致します。 | | |
| 共同研究者 | 氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| 職　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 印 |
|  |  | ※自筆で署名、捺印下さい。 |