第33回（2024年度）ヘルスリサーチ研究助成

　≪国内共同研究ー年齢制限なし≫

同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共同研究応募者氏名 |  |  |
|      様 |  |  |

私は、下記の要件に基づき、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。

|  |
| --- |
| 研究タイトル　**＊応募書と同じ研究タイトルになっていることをご確認下さい。** |
|       |
| （A）本共同研究者（特に、海外施設所属研究者）が応募研究に加わることの意義**＊共同研究者リスト（A）欄からコピー** |
|  |
| （B）本共同研究者の選定理由　**＊共同研究者リスト（B）欄からコピー** |
|       |
| （C）本共同研究者の応募研究における担当業務　**＊共同研究者リスト（C）欄からコピー** |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共同研究者 | 氏　名 |       |
| 所　属 |       |
| 職　名 |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 印 |  | 2024年　　　月　　　日 |
| 　　　※自筆にて署名、捺印下さい。 |  |  |