平成〇年〇月〇日

資料2

〇〇病院←依頼先の施設名

病院長　〇〇 様←依頼先の施設長名

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

〇〇専攻〇〇講座

教授 〇〇

研究実施の承諾について（お願い）

謹啓　〇〇．←【挨拶・研究説明・お願い】等、指導教諭と相談の上記入

謹白

＜連絡先＞

〒852-8520　長崎市坂本1-7-1

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

〇〇講座

研究責任者：〇〇（〇〇専攻　教授）

TEL：095-819-〇〇　 E-mail：〇〇←指導教諭の連絡先

研究者：〇〇

（〇〇年次 〇〇所属）

E-mail：〇〇←研究者の連絡先