

(様式 1-2)

【研究者の所属長】

平成 年 月 日

承 諾 書

公益財団法人

フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団

代表理事 理事長 池 田 茂 殿

機 関 名 _____

所属長職名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

次の職員が平成 29 年度 (公財) フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成金の交付を受けて次の課題の研究を実施することを承諾します。

研究課題名 _____

研究者職名 _____

研究者氏名 _____