研究協力者の同意書

　　　　年　　月　　日

　福島県立医科大学大学院医学研究科長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　現 住 所

「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」は、下記の私との共同研究をもとに作成されましたが、　　　　　　　　　氏が博士（医学）の学位論文として提出することに同意します。

あわせて、全文もしくは要約、またはその両方を福島県立医科大学学術成果リポジトリにて無償で公表することを承諾いたします。

記

|  |
| --- |
| ※申請者記入　研究協力者№ |