

# 研究生出願承諾書

氏 名

所属機関名

職 名

上記の者が、筑波大学研究生として下記の条件のもとに研究に従事することを承諾します。

## 記

- 1 研究期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
- 2 研究のために本学に来る曜日、時間  
毎週 日 (月・火・水・木・金・土) 該当するものを○で囲む。  
時間 時 分 ～ 時 分
- 3 研究分野 (該当するものを○で囲む。)  
(1) 基礎医学 (2) 臨床医学 (3) 社会医学 (4) 看護科学
- 4 研究を行う場所 (該当するものを○で囲む。)  
(1) 附属病院 (2) 学系棟 (3) その他( )  
(内線 ) (内線 ) (内線 )

令和 年 月 日

所属機関長

印

筑波大学長 殿

# 確 約 書

令和 年 月 日

筑波大学長 殿

勤務先

氏 名

印

私は、筑波大学研究生として、個人的研究のため貴学教員の指導を受けることを希望するものであることを確約いたします。

## ※ 備 考 ※

臨床医学研究を目的とする研究生志願者は、次のいずれかの番号に○を記すこと。

- 1 主に附属病院での研究を志願する者
- 2 上記以外の者