小川YK基金 精神障害分野研究助成　承諾書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究者  （代表研究者） | 所属機関名 |  | 役職 |  |
| （ふりがな）  氏名 |  | | |
| 研究の名称 |  | | | |

当機関に所属する上記の者が、貴財団の「小川YK基金 精神障害分野研究助成」に申請することを承諾します。

　　　　年　　月　　日

公益財団法人公益推進協会　代表理事　殿

所属機関

機関名

職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 所属機関の長（募集要項参照）の承諾を得てください。
* 職印又は私印の押印をお願いします。