

# 承 諾 書

学校法人希望学園  
北嶺中・高等学校  
校長 谷地田 穰 殿

「北嶺 Medical School」の後援について承諾します。

協力可能な項目に○をつけて下さい。

- ・ 講演会、座談会等の協力が出る ( )
- ・ 1日医療体験、病院や医療機器の見学等の協力が出る ( )

平成 年 月 日

ご住所

病院・医療機関名

---

ご担当の診療科

---

ご芳名

---

印