同　　　意　　　書

Consent Form

　　年　　月　　日

大阪大学大学院医学系研究科長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 著者（共著者含む）  Author/Co-authors |  |
| 論文題目  Thesis Title |  |
| 学術雑誌名・巻・号・頁・年  Journal/Vol./No./Page/Date |  |

※下線部に学位申請者の氏名を記入してください。Fill in the applicant’s name in the underlined parts.

下記の者は，上記共同研究において　　　　　　　　氏（以下、同氏という。）が主たる役割をつとめ，その主たる功績は同氏に帰せられることを認め，上記論文を同氏が大阪大学博士（医学）学位授与申請の主論文として提出することに異議ありません。

　また，同氏以外の下記の者は上記論文を学位主論文には使用しません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 | 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 |
| 勤務先  又は  現住所 |  | | 勤務先  又は  現住所 |  | |
| 電　話 |  | | 電　話 |  | |
| 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 | 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 |
| 勤務先  又は  現住所 |  | | 勤務先  又は  現住所 |  | |
| 電　話 |  | | 電　話 |  | |
| 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 | 氏　　名 |  | 印もしくは  署名 |
| 勤務先  又は  現住所 |  | | 勤務先  又は  現住所 |  | |
| 電　話 |  | | 電　話 |  | |

欄が不足する場合や共著者に個別に依頼する等の場合は本書類を複数枚使用してもかまいません。共著者１人につき１枚でも可。

押印以外は、ワープロ入力で構いません。