研究協力同意撤回書

研究実施責任者　杉村政樹　様

研究課題名：　医療系学生に対する新規授業導入効果の検討

私は、研究協力同意を撤回致します。

同意撤回年月日：和岩　年　月　日

本人氏名：　印
生年月日：(明治，大正，昭和，平成)　年　月　日
本人住所：
本人電話：

実施責任者連絡先
所　属：　医療人育成センター教育開発研究部門
職・氏名：　教授・杉村政樹
住　所：　〒060-8556　札幌市中央区南1条西17丁目
電話(内線)：　011-611-2111（23720）

相談窓口連絡先（日中は、電話およびメール、時間外はメールにてご連絡ください）
所　属：　医療人育成センター教育開発研究部門
職・氏名：　准教授・三原　弘
住　所：　〒060-8556　札幌市中央区南1条西17丁目
電話(内線)：　011-611-2111（23650）
メール　：　h.mihara アット sapmed.ac.jp