

(別紙様式第6号)

寄附講座等教員変更願

年 月 日

関西医療大学

学長

殿

氏名

印

私は、関西医療大学〇〇〇〇〇〇〇寄附講座設置内容の変更に伴う下記の件について承諾します。

記

新

旧

以上

(注) 寄附研究部門については、これに準じて作成する。