

西暦、月、日を記入

YYYY/MM/DD

To: The President
of Osaka Medical and Pharmaceutical University

Study period certificate

Name:

申請者の氏名・生年月日・身分を記載
して下さい。

Date of birth:

Post:

We hereby certify that Mr/Ms.AAA was researched from BBBB
to CCC in our organization

AAA : 申請者名、
BBB~CCC : 研究期間を記載して下さい。

(Research organization)
Address:

Name of the Organization:

研究機関の住所、機関名
代表者名をタイプして下さい。

The head of a organization:

署名をお願いします。

Signature: _____