**재단법인 보건장학회 연구지원 장학금 총장 확인서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **번호** | **성명** | **연구부문** | **학위과정** | **연구제목** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

상기 사실을 확인하고, 위 사람에 대하여 연구기간 중 일신상에 관한 사항과

연구기간 내에 연구과제를 완성하게 할 것을 보증합니다.

년 월 일

 **대학교** **총장** (날인)

**재 단 법 인 보 건 장 학 회 귀 중**