

		所属長

研究支援員（採用・変更）申請書

女性医療人キャリア形成センター長 殿

提出日 年 月 日

受付番号	*センター記入欄
------	----------

フリガナ 申請者氏名			
所属（所属施設）		職名・ 専門科目	
学内電話番号	（内線・PHS）		
メールアドレス			

支援員候補者

フリガナ 支援員候補者 氏名			
メールアドレス			
研究支援期間	年 月 日	～	年 月 日

※変更の場合、前の支援員と支援期間が重ならないようにしてください

支援員候補者の 選出理由	
-----------------	--

※変更の場合、下記を入力してください

変更前	フリガナ 支援員氏名			
	研究支援期間	年 月 日	～	年 月 日
	変更理由			

※支援員を変更する必要がある場合、速やかに女性医療人キャリア形成センターへ連絡してください。
その後、本変更願を提出してください。

申請者氏名	
支援員候補者	

確認事項

※ ☐ は当てはまるものに✓を入れてください

<input type="checkbox"/>	これまでに申請者の下や申請者の所属部署で補助作業等に従事したことがある	
<input type="checkbox"/>	期間	例) ①2015年4月1日～9月30日、②2016年7月15日～現在
	職位	例) ①リサーチ・アシスタント、②臨時職員

<input type="checkbox"/>	本学の院生・学部生である	所属 学年	
--------------------------	--------------	----------	--

※院生・学部生の場合、受け入れ部署の所属長・指導教員の両方の承諾が必要です

支援時間

※変更がある場合は該当箇所を修正してください。

ただし、申請時よりも支援時間数を増やす事はできません。

						研究支援 時間	(最大週16時間)
研究支援 時間帯	月	火	水	木	金	入力例	※週4日、 1日最大 4時間まで ※土日祝 不可
	～	～	～	～	～	13:00 ～ 17:00	
時間数						4:00	
備考							
支援員の 業務内容							

※支援員は、女性医療人キャリア形成センター長が支援員候補者と最終面接を実施したのち決定します。

受け入れ部署の承諾

上記、支援員候補者が研究支援員となることを承諾します。

所属		所属長名	印
----	--	------	---

指導教員の承諾 ※支援員候補者が学部生・院生の場合のみ、以下記載・捺印してください

学業の支障にならないことを確認したため、上記支援員候補者が研究支援員となることを承

所属		指導教員名	印
----	--	-------	---