

		所属長

研究支援員制度 利用申請書

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		新規 継続
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				
（申請時休業中または転入・採用予定の場合）				
携帯電話				
メールアドレス				

※ ☐ は当てはまるものに✓を入れてください

申請 資格 の 確認	<input type="checkbox"/>	A：出産	◎表紙及び出産予定日がわかるよう母子健康手帳等のコピーを添付  出産予定日（西暦）                      年                      月                      日
	<input type="checkbox"/>	B：育児	小学6年生以下の子どもの満年齢（支援を受けようとする年度の4/1時点） ◎子供の年齢を証明できるもの（健康保険証や住民票等）のコピーを添付  □満                      歳                      ヶ月    □満                      歳                      ヶ月  □満                      歳                      ヶ月    □満                      歳                      ヶ月
	<input type="checkbox"/>	C：介護	介護・看病が必要な家族との続柄・満年齢（支援を受けようとする年度の4/1現在） ◎要介護認定等を証明できるもの（介護保険被保険者証等）のコピーを添付  続柄                                              年齢                                              歳  要介護度・支援度  入院や疾病の状況
	<input type="checkbox"/>	D：その他	十分な研究実績を有する将来有望な研究者、高い学術レベルの研究を行っている独立した研究者  ◎科研費など競争的資金の応募実績、取得実績、研究業績（インパクトファクター付記）、論文別冊等を添付

申請者氏名

## 研究課題名

研究課題名	
-------	--

## 申請者経歴

現在の主な 研究領域		最終学歴 及び学部		卒業年次	
---------------	--	--------------	--	------	--

## 研究費を獲得・申請している場合

◎研究期間および交付額が確認できるもの（申請書・研究計画調書・採択通知等）のコピーを添付

※ ☐ は当てはまるものに✓を入れてください

※D申請者は、支援を受けようとする申請年度に500万円を超える金額を獲得している場合、本制度を利用できません

研究課題/領域番 号			継続		申請中
研究費名称					
自身の 該当区分	<input type="checkbox"/>	研究代表者	<input type="checkbox"/>	研究分担者	<input type="checkbox"/>
申請年度の 補助金額・分担金 額					

研究課題/領域番 号			継続		申請中
研究費名称					
自身の 該当区分	<input type="checkbox"/>	研究代表者	<input type="checkbox"/>	研究分担者	<input type="checkbox"/>
申請年度の 補助金額・分担金 額					

研究課題/領域番 号			継続		申請中
研究費名称					
自身の 該当区分	<input type="checkbox"/>	研究代表者	<input type="checkbox"/>	研究分担者	<input type="checkbox"/>
申請年度の 補助金額・分担金 額					

希望欄（※希望通りに採択されとは限りません）

研究支援 期間	2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日					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 13:00 ～ 17:00	※週4日、 1日最大 4時間まで ※土日祝 不可
時間数						4:00	
備考							

支援員候補者（※いない場合は未記入可）

フリガナ 支援員候補者 氏名			(院生・学部生の場合)学業の支 障にならないことも含め指導教 員および所属長の了承を得てい る	
メールアドレス			所属 学年	

支援員配置

支援員の 業務内容	支援員は電子カルテの使用ができませんのでご注意ください
本制度利用を 希望する理由 と 研究推進効果 の見込み	なぜ支援員の配置を希望しているのかその具体的な理由（配偶者・家族のサポート状況や、現在の業務状況等）と、配置による負担軽減の程度や研究成果等をご記入ください

提出書類チェック表（印刷後お使いください）

（共通）

- ☐ 研究支援員制度 利用申請書（様式1-1～3）  
☐ 研究事項（様式2）  
☐ 履歴書（※1）  
☐ 業績一覧（様式3）（※2）  
☐ 支援員受け入れ部署の承諾書（様式4）  
☐ 主要論文の別刷  
☐ 自己推薦文（任意書式A4 1枚）  
☐ 所属長推薦状（任意書式A4 1枚以上）

（該当分のみ提出）

- ☐ A: 母子健康手帳のコピー  
☐ B: 子供の年齢を証明できるもののコピー  
☐ C: 要介護認定等を証明できるもののコピー  
☐ D: 科研費などの競争的資金の応募実績、  
 取得実績  
☐ ■研究費を獲得・申請している場合、  
 研究期間および交付額が確認できるもの

(※1) 本学の研究業績データベース（様式第4号 その1）よりA4サイズで印刷して下さい  
 (※2) インパクトファクターを付記してください