

		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	事務	
学内電話番号	<input type="checkbox"/> 内線	<input type="checkbox"/> PHS	
メールアドレス			

（申請時休職中または転入・採用予定の場合）

携帯電話	
メールアドレス	

※ 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 <input type="checkbox"/> 満 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 満 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 満 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/>	全員	学位取得済みかつ准教授以下の本学医学部の女性研究者

申請者氏名	
-------	--

研究課題名

研究課題名	
-------	--

倫理等審査の申請状況 ※ 当てはまるものに✓を入れてください

<input type="checkbox"/> 申請済 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請中 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請予定	<input type="checkbox"/> 申請不要
---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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

(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

※ 当てはまるものに✓を入れてください

研究課題/領域番号		<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 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"/> 連携研究者
申請年度の 補助金額・分担金額			

研究課題/領域番号		<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 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"/> 連携研究者
申請年度の 補助金額・分担金額			

研究課題/領域番号		<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 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"/> 連携研究者
申請年度の 補助金額・分担金額			

申請者氏名	
-------	--

希望欄（※希望通りに採択されるとは限りません）

研究支援 期間	2024 年 4 月 1 日				研究支援 時間	(最大週16時間)	
	～ 2025 年 3 月 31 日						
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

研 究 事 項

受付番号	*センター記入欄	申請者氏名	
------	----------	-------	--

研究の概要	
研究の目的及び期待される成果	
この研究に関する国内・国外における研究状況及びこの研究の特色・独創的な点	
この研究に関して現在までに行った研究状況	

研究計画
及び方法

業 績 一 覧

- | | | | |
|----------|---------------------------|------|-------------------|
| 1) 自著論文数 | 原著論文 | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| | 総 説 | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| 2) 自著書数 | | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| 3) 共著論文数 | 原著論文 | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| | 総 説 | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| 4) 共著書数 | | ___編 | (英文___編、邦文___編) |
| 5) 学会発表 | A) 一般演題 | ___回 | (国際___回、国内___回) |
| | (本人発表のみ) | | |
| | B) 特別講演・シンポジウム・ワークショップ など | | |
| | | ___回 | (国際___回、国内___回) |

業績目録（英文・邦文論文を別々にし、最近の年次からの順に記載。

最新のImpact Factorも記載。

著者名は全員記載。本人の名前に下線を付す。雑誌名に下線を付す。

なお、各々の論文については教員選考基準を参照しABCのランク付けを行なうこと。)

1) 自著論文

(本人がfirst authorになっている論文、またはcorresponding authorの論文)

◆ 原著 (著者名、題名、雑誌名、巻、頁、年)

英文論文

1)

…_

邦文論文

1)

…_

◆ 総説 (著者名、題名、雑誌名、巻、頁、年)

英文総説

1)

…_

邦文総説

1)

…_

2) 自著書 (著者名、題名、書名、編者名、出版社、年)

(本人がfirst authorとして分担執筆した著書を含む)

英文著書

1)

…_

邦文著書

1)

…_

3) 共著論文 (自著論文に記載した論文を除く。本人が実質的な研究指導にあたった論文に※を付す。)

◆ 原著 (著者名、題名、雑誌名、巻、頁、年)

英文論文

1)

…_

邦文論文

1)

…_

◆ 総説 (著者名、題名、雑誌名、巻、頁、年)

英文総説

1)

…_

邦文総説

1)

…_

4) 共著書 (著者名、題名、書名、編者名、出版社、年)

(自著書に記載した著書を除く)

英文著書

1)

…_

邦文著書

1)

…_

5) 学会発表 (国際学会、国内学会で本人が発表した重要なものを抜粋)

(A) 一般演題

(B) 特別講演・シンポジウム・ワークショップなど

2024年度 研究支援員制度
支援員受け入れ部署の承諾書

下記の者について次のことを承諾する

申請者氏名	
確認内容	当教室・診療科・施設に於いて2024年4月以降研究支援員を用いて研究を行うこと

年 月 日

受け入れ教室・診療科・施設名：

所属長氏名： 印

		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	事務	
学内電話番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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	
期間	例) ①2021年4月1日～9月30日、②2022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	

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)
	0:00

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
	～	～	～	～	～		
休憩時間						0:00	
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	
----	--	------	--

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諾

します

所属		指導教員名	印
----	--	-------	---

		所属長

研究支援員制度 成果報告書

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	<small>*センター記入欄</small>
------	-------------------------

フリガナ 申請者氏名			
所属（所属施設）		職名・ 専門科目	事務
学内電話番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	内線	PHS	
メールアドレス			

研究課題名

研究課題名	#REF!
-------	-------

①	フリガナ 支援員氏名						
	研究支援期間	年	月	日	～	年	月
②	フリガナ 支援員氏名						
	研究支援期間	年	月	日	～	年	月

支援員の 業務内容	
--------------	--

研究計画の 達成状況	
---------------	--

申請者氏名	
-------	--

支援によって 得られた 研究成果・効果	(論文投稿予定・投稿状況、学会発表予定・発表、その他業績等、本制度利用の効果がわかるよう記載してください)
その他への 効果・改善点	(ライフイベントにおいて、また身体的・精神的な面において何か効果や改善されたことがあれば記載してください)
本制度についての 感想・ご意見等	(Blank space for comments)

※本報告書は配置終了30日以内（年度末までの配置の場合は4/30まで）に女性医療人キャリア形成センターへご提出ください

※本報告書に記載された内容は、事業報告書への掲載など今後の事業実施の参考として利用します

		所属長

研究支援員制度 利用停止願

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	事務
学内電話番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		内線	PHS
メールアドレス			

フリガナ 支援員氏名			
研究支援期間	年	月	日 ~ 年 月 日
利用停止理由			

※申請期間よりも前に研究支援員制度の利用を停止する場合、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、本利用停止願を提出してください

申請期間通りに本制度の利用を終了する場合、本利用停止願の提出は不要です

※本報告書に記載された内容は、事業報告書への掲載など今後の事業実施の参考として利用します