様式第１号

**共　同　研　究　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

　岩手医科大学長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（名称・代表者）　　　　　　印

　岩手医科大学共同研究取扱規程に基づき、下記のとおり共同研究を申込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．研究題目 |  |
| ２．研究目的及び研究内容 |  |
| ３．研究期間 | 令和　　年　　月　　日 から令和　　年　　月　　日 まで |
| ４．研究実施場所 | 岩手医科大学 |  |
| 外部機関等 |  |
| ５．研究経費 | 直接経費 | 円（税込or税別） |
| 間接経費（※） | 円（税込or税別） |
| 小　計 | 　　　　　　　　　　　　　円（税込or税別） |
| 研究料（※） | 420,000円×（　）人＝　　円（税込or税別） |
| 合　計 | 　　　　　　　　　　　　　円（税込or税別） |
| ６．本学研究担当者（所属・職・氏名） |  |
| ７．本学研究責任者（所属・職・氏名） | 　　　　　印 |
| ８．研究における役割分担 | 岩手医科大学 |  |
| 外部機関等 |  |
| ９．使用施設・設備 | 施設・設備の名称 | 所在地（使用場所） | 所有者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| １０．その他 | 倫理審査委員会承認日：令和　年　月　日（承認番号：　　　　　　）動物実験委員会承認日：令和　年　月　日（承認番号：　　　　　　）組換えDNA実験安全委員会承認日：令和　年　月　日 |
| １１．事務連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 所　属・職 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 電　　　話 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

（※）間接経費は、直接経費の３０％相当額（千円未満切り捨て）を計上して下さい。

　　　共同研究員お一人につき一年度４２万円を計上して下さい。