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 | 相互負担 | | | | | |
| 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 | |  | | | |