

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(消費税込 or 消費税別)	
	間接経費(※)	円(消費税込 or 消費税別)	
	小計	円	
	研究料(※)	420,000円×()人= 円	
	合計	円	
6. 本学研究担当者 (所属・職・氏名)			
7. 本学研究代表者 (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	医学部倫理委員会承認日: 令和 年 月 日 (承認番号: H -) 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。