

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		F A X
	E-mail		