

		所属長

男性研究者のための研究支援員制度 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：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"/>	B：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"/>	全員	学位取得済みかつ准教授以下の本学医学部の男性研究者

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	2025 年 4 月 1 日				研究支援 時間	(最大週16時間)	
	～ 2026 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）
- 配偶者がフルタイムで働いていることを証明する書類（在籍証明書など）

（該当分のみ提出）

- A ・子供の年齢を証明できるもののコピー
- ・配偶者と同等の子育てをしている内容書
- B ・要介護認定等を証明できるもののコピー
- ・配偶者と同等の介護している内容書（※1）
- ・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

（※3）任意書式、配偶者のサイン必要