申請日　　2024年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　 　 | 性別 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 所属／職名 | 　　　　／ |
| 学内連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線・PHS　（　　　　　　） |
| E-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請資格 | □私、または配偶者は出産の予定があります。 　 　　　 □私自身が主として育児しています。　□私自身が主として介護・看病しています。　 □私自身が治療中（疾患、不妊治療等）です。□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請資格の確認 | 「妊娠・出産」の場合 | 出産予定日を記載してください。＊母子健康手帳のコピーを申請書に添付してください。出産予定日 　　　　　　 　年 月 日 |
| 「育児」の場合 | 小学校６年生以下のお子さんの年齢を記載してください。＊子どもの年齢を証明できるもの（健康保険証もしくは住民票の写し）のコピーを申請書に添付してください。第１子　　満　　　歳　　　ヶ月　 　 　 　第２子　　満　　　歳　　　ヶ月第３子　　満　　　歳　　　ヶ月　 第４子　　満　　　歳　　　ヶ月 |
| 「介護・看病」の場合 | 介護・看病が必要なご家族との続柄及び年齢を記載して下さい。＊市町村による要介護認定等を証明できるもの（介護保険被保険者証等）（もしくは家族の入院や疾病状況を証明、あるいは説明できるもの（診療費の領収書等））のコピーを申請書に添付してください。続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　歳　要介護度・支援度：　入院や疾病の状況：　  |
| 「治療中」の場合 | 治療中であることを確認できるもの、または就業配慮通知書等のコピーを申請書に添付してください 治療理由：  |
| 「その他」の場合 | 確認できる書類を添付してください申請理由：　　　　　　 |
| 研究補助を必要とする理由 | （※研究時間の確保が困難な状況について差し支えない範囲でなるべく具体的に記述してください。主として育児、介護を行っている方は、その根拠を自身の役割と配偶者等周囲のサポート状況を含めて記載してください。） |
| 支援希望期間の休暇予定 | * 期間内の休暇 ： 産休 ・ 育休 ・ 介護　・　病気休 （　　　 　～　　　　取得中 ・ 予定）
* 該当なし
 |
| 支援希望曜日等 | 可能な曜日に〇、除外して欲しい曜日に×、特に希望がある場合は、希望順位（①、②・・・）をつけてください。　配置決定後の変更は難しくなりますことをご了承ください。 |
| 月　　　　　　　　　火　　　　　　　　　水　　　　　　　　　木　　　　　　　　　金　　　　　　※時短勤務の場合は勤務時間を明記してください。　【　　　　：　　　　～　　　　：　　　　】 |
| 希望する具体的な補助業務内容 | 【該当項目にチェックしてください】1. □　実験　 内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2.　□　データ 入力 ・ 整理 ・ 解析 |

※研究活動支援者の業務内容には、事務補佐や講義準備、教室全般にかかわる業務は認められません。

|  |  |
| --- | --- |
| この申請にかかわる研究について | 研究テーマ |
| 2022年以降の研究業績（枠内書式の変更可、ページが増えても構いませんので右欄にご記入ください） | R 7年度科学研究費助成事業の応募 | した ・ していない ・ 受給中 |
| 科研費、外部資金、学内助成金(科研費フォローアップ、学長裁量経費、医学会奨励賞など) の応募・取得状況：論文（論文名、著者名、掲載誌名、査読の有無、巻、最初と最後の頁、発表年）学会発表（演題名、発表者名、学会名、開催地、発表年）その他の研究業績 |
| 申請者の所属長による承認※申請書内容を確認の上、☑をお願いいたします。 | ☐　申請者が本書のとおり申請することを承認します。所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |