

医学研究員受入申請書

平成 ○○年 ○月 ○日

神戸大学大学院医学研究科長 殿

受入れの分野名、分野長の氏名を記載し、押印してください。

講座・教育研究分野名：

○○○○講座・○○○○○学分野

分野代表者：○○ ○○ 印

下記のとおり医学研究員を受け入れたいので許可願います。

記

1. 医学研究員

ふりがな忘れ注意

氏名： 神戸 太郎 (男・女)
(1975年 1月 30日生)

所属機関： 県立○○病院
(勤務先)

学位： 博士 (医学)

※原則として博士の学位を取得していること

受入開始日時点の本務先を記入してください。
・申請日以降に就職、または異動する場合は「○○病院 (○/○ 採用予定)」と記入
・就職されていない場合は「なし」と記入

・申請時に学位取得見込みの場合は「博士 (医学) (平成○年○月○日取得見込み)」と記入
・学位がない場合は「なし」と記入し、学位がない者を受け入れること理由書 (様式任意) を添付。
(審議の上、認められないケースがあります)

2. 研究課題： ○○○○に関する研究

様式1、2、4の課題名を全く同じ文言に統一してください。
特に期間延長の場合は前回と同じであるか必ずご確認ください。課題が変わる場合は、「新規申請」となり、様式1～4の提出が必要です。

3. 受入期間： 平成 ○○年 4月 1日 ～ 平成 ○○年 3月 31日

最長期間は当該年度の3月31日まで

4. 受入区分： 新規 期間延長

5. 医学研究員として科研費の研究に従事予定又は受入期間中に応募予定：

無 有 (メールアドレス： xxxx@xxx.xxx.co.jp)

※博士の学位取得にかかる研究のための申請ではない

研究課題概要

(部局： 大学院医学研究科)

研究課題	様式 1、4 と全く同じ課題名を記入
研究代表者 (受入講座等教員) 講座・教育研究分野・職・氏名	様式 1 の分野名、分野長名と同じものを記入
研究概要 (目的・方法)	分野長の先生とご相談の上、記入してください
医学研究員 氏名 :	
研究内容 (医学研究員の役割分担)	

医学研究員受入調書

(部局： 大学院医学研究科)

ふりがな 氏名		ふりがな忘れに注意		印	男 ・女	生年月日 年 月 日 (歳)
現住所 〒 -						
所属機関・職名 県立〇〇病院・〇〇診療科長		本務先の名称、職名を記入してください。 ・申請日以降に就職、または異動する場合は 「〇〇病院・〇〇(〇/〇 採用予定)」と記入 ・就職されていない場合は「なし」と記入				
学歴・資格 (大学卒業以降)						
年月		事項				
平成〇年 3月		〇〇大学医学部医学科卒業				
平成〇年 5月		医師免許取得				
平成〇年 4月		〇〇大学大学院医学研究科博士課程入学				
平成〇年 3月		〇〇大学大学院医学研究科博士課程修了				
職歴						
年月		事項				
平成〇年 6月		〇〇大学医学部附属病院 研修医				
平成〇年 9月		〇〇病院 研修医				
平成〇年 6月		〇〇病院 〇〇科医師				
平成〇年 4月		県立〇〇病院・〇〇診療科長				
研究内容 (概要)						
研究業績 (※主要なもの3編を現在から順に過去にさかのぼって記載して下さい。)						
論文名・著書名	単著・共著の別	学会誌名・出版社名	巻・号・集 頁(-)	発表・発刊 年月		
他 著書： 編, 学術論文等： 編						

神戸大学大学院医学研究科医学研究員承諾書

平成 ○○年 ○月 ○日

神戸大学大学院医学研究科長 殿

研究課題：

様式 1、2 と全く同じ課題名を記入

標記研究課題に係る医学研究員になることを承諾します。

(医学研究員になる者の所属・職・氏名)

県立○○病院・○○診療科長

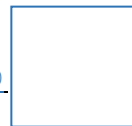
神戸 太郎 印

本機関に所属する上記の者が、標記の研究課題に係る医学研究員となることを承諾します。

(医学研究員になる者が所属する機関の長等の職・氏名)

県立○○病院長

○○ ○○○



受入開始日の本務先（採用予定先）の機関の長・氏名を記載し、公印を押印してください。
個人病院等の場合でも私印以外の印を押してください。

採用や異動予定などで申請時に公印が間に合わない場合は、所属機関に内諾を得た上で、受け入れる分野代表者の印を押印した**仮の書類**を提出してください。
その後、正式な公印を押した書類を速やかに取り寄せ、差し替えを提出してください。