

※全項目について記入をお願いします

令和 年 月 日

医学研究員受入申請書

神戸大学大学院医学系研究科長 殿

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。

受入教員（分野長）領域・分野： _____
 職名： _____
 氏名： _____

※押印不要、必ず受入教員の承諾を得てください

医学研究員受入調書

ふりがな 氏名	申請者の氏名		生年月日 性 別	年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ 電話（携帯）： _____ E-mail： _____			
所属機関・職名	受入期間開始時点の所属先 ※所属見込の場合はその旨記載 ※非常勤・無職の場合は空欄のままです <input type="checkbox"/> 医学研究員の申請について、所属機関の承諾済 ※必ず所属先の承諾を得て✓			
受入期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 ※最長で年度末まで			
受入区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 期間延長			
学位（博士課程取得が原則）	博士（ _____ 学） <input type="checkbox"/> 取得見込み（ _____ 年 月 日）		※取得見込みの場合は✓と日付記入	
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
医学研究員として科研費の研究に従事または受入期間中に応募予定	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※いずれかに✓	
博士の学位取得にかかる研究のための申請ではない	<input type="checkbox"/> はい		※✓	
学歴・資格（大学卒業以降） ※過去のものから順に、新しいものが下になるよう記入してください	年 月	事 項		
申請者の学歴・資格を記載				
職 歴 ※過去のものから順に、新しいものが下になるよう記入してください	年 月	事 項		
申請者の職歴を記載				

研究課題名	受入教員の研究課題名を記載			
研究内容 (目的・ 方法・ 医学研究員 の役割分担 など)	上記の研究課題についての研究概要 (目的、方法、保健学研究員の役割分担)を記載			
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ください。)				
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
申請者の業績を記載				
他 著書： 編, 学術論文等： 編				