

5. 共同研究 採択実績	本研究所の共同研究課題にこれまで採択されたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 採択されたことがある場合の採択年度 _____ 年度 採択された支援経費 <input type="checkbox"/> 研究費・旅費支援 <input type="checkbox"/> 旅費支援
6. 来所目的	
来所目的を記載。また、本研究所にある機器の使用予定があれば併せて記載してください。	
7. 共通機器の解析費用追加支援 <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし 使用機器 () 希望解析数 () 費用予測 円 ※ 原則として10万円程度(上限20万円) いずれかを塗りつぶして下さい。 <input type="checkbox"/> 支援額内での共同研究の同意 <input type="checkbox"/> 支援額を超えた場合の受入研究者による負担の同意	
8. 参考論文	
来所目的に関連する申請者の論文があれば記載してください。 論文題名と雑誌名、号、ページ、すべての著者名を記載し、申請者に下線を、責任著者に*を記入。	
9. アンケート: 熊本大学発生医学研究所共同研究支援制度を知った経緯について教えてください。(複数回答可) 1. 発生研ホームページ 2. 共同研究支援公募のポスター 3. 発生研所属の教員 4. その他()	

枠の上下幅については、記載状況により適宜動かして結構ですが、全体で2ページに収めてください。