

研究費・旅費支援

受理年月日	
受付番号	

平成 3 1 年度 熊本大学発生医学研究所共同研究申請書

国立大学法人熊本大学
発生医学研究所長 殿

申請者（研究代表者）

所属機関・部局 _____

職 名 _____

（ふりがな）

氏 名 _____

連 絡 先 _____

〒 _____

電 話 番 号 _____ - (_____) - _____

F A X 番 号 _____ - (_____) - _____

E - m a i l _____

下記により共同研究を実施したいので申請します。

記

※ 1・6・10の□は、該当するものを■にして下さい。

1. 研究領域	<input type="checkbox"/> 発生制御領域 <input type="checkbox"/> 幹細胞領域 <input type="checkbox"/> 器官構築領域	
2. 研究題目		
3. 研究期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
4. 研究目的	（研究期間内に、明らかにしようとする点を具体的に200字程度で記入願います。）	
5. 研究組織		
研究者氏名	所属機関・部局・職名	役割分担（研究実施計画に対する分担事項）
発生研受入研究者	分野名・職名	役割分担（研究実施計画に対する分担事項）

6. 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 ある 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 研究費・旅費支援 旅費支援

7. 共同研究の実施計画・内容（適宜図表を含めるなどして、具体的かつ明確に記述してください。）

下記について明記願います。

- ※ 動物実験 : 該当あり ・ 該当なし
- ※ 組換えDNA実験 : 該当あり ・ 該当なし
- ※ 放射性同位元素等 (γ線等放射線照射装置を含む) : 使用する ・ 使用しない
- ※ 倫理委員会承認 : 該当あり ・ 該当なし

8. 利用する設備等

9. 共同研究に期待される成果

10. 研究経費 *総額 100 万円 を上限とする。	①旅費所要額 合計 円			
	(来所内訳)			
	氏名:	泊	日	回
	氏名:	泊	日	回
	氏名:	泊	日	回
※ 研究費・旅費支援が不採択の場合に、旅費支援 (解析費用追加支援あり) としての審査を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 「希望する」の場合、 <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				
②消耗品・機器解析費用・その他に分けてご記入下さい。				合計 円
内	品名	数量	単価	金額
訳				

11. H31 年度に受入予定の研究費 (資金制度、研究期間、H31 年度経費、期間全体の経費など)

1 2. 準備状況 (発生研受入研究者との連絡状況)

1 3. この研究に関連するこれまでの研究成果の概要・研究論文発表状況 (特に関連の強い数編)

論文については、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。

1 4. 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. 発生研所属の教員 3. 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4ページに収めてください。