

研究費・旅費支援

受理年月日

受付番号

令和5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 _____ 年齢 (_____ 歳)

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・14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	<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
採択された共同研究による論文数	_____	報
採択された共同研究による学会発表数	_____	回

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。）

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・学会発表状況（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*を記入してください。

また、これまで採択された共同研究による該当論文・発表には、冒頭に○印を付してください。

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。

発生研ホームページ 発生研所属の教員 その他（ ） ※複数回答可

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。