

## 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旅費支援申請書

国立大学法人熊本大学  
発生医学研究所長 殿

〔申請者〕

所属機関・部局 \_\_\_\_\_  
職 名 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
氏 名 \_\_\_\_\_ 年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
連 絡 先 \_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_  
E - m a i l \_\_\_\_\_

下記により共同研究を目的とした来所に対する旅費支援を申請します。

記

※1・5・7・9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. 来所期間 及び費用	年 月 日 ~ 年 月 日 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		
4. 研究組織			
研究者氏名	所属機関・部局・職名	共同研究における役割分担	
発生研受入研究者	分野名・職名	共同研究における役割分担	

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
	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	

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 必要あり 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。

支援額内での共同研究の同意  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・学会発表があれば記載してください。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。学会等で行った研究発表を、全演者名、題目、学会等名称、開催都市名、開催年月日を記載してください。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。）

---

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下さい。

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2ページに収めてください。