

東京大学医科学研究所共同研究（被災研究者支援）申請書

受理年月日	
管理番号	

東京大学医科学研究所長 殿

申請者(研究代表者)

所属機関

職名・氏名

住 所 〒

E-mail

電話番号

下記により、共同研究を実施したいので申請します。

記

申請の領域名と研究区分 ※領域名には該当領域名に○印をつけ、課題名には各領域の【研究区分】の番号を記入すること。	領域名：(1)先端医療研究開発共同研究領域 (2)疾患システム共同研究領域 (3)感染症・免疫共同研究領域	区分名：	
研究課題			
研究目的			
研究期間（予定）	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
研究経費（概算）	研究経費（千円）	使用内訳（千円）	
		旅費 消費品費・その他	
	(内訳：来所回数、期間等概略を記入。例：1泊2日3回)	(内訳：概略を記入。例：試薬等〇〇円)	
研究組織			
氏名	所属機関・部局等 (※所属が医科研の場合は、分野・施設等を記入)	職名	役割分担
医科研受入教員			

研究内容	※研究の必要性、意義、期待される成果について記入
被災状況	※研究施設の破損等具体的な状況を記入
使用設備等	