|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**研究支援員制度利用申請書**

申請書提出日：　平成　　年　　月　　日

男女共同参画推進室長　様

下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 配属又は所属 |  |
| 職　　名 |  | 性　　別 |  |
| 　　 |  | 職員番号 |  |
| 連 絡 先 | 電話:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: 　　　　　　　 |
| E-MAIL: |
| 申請理由 | □妊娠 | 出産予定日を記入してください。＊母子健康手帳の写しを申請書に添付してください。出産予定日 　　　　　　 　年 月 日 |
| □育児 | 12歳に達する日以後最初の3月31日までのお子さん全員の年齢を年度末年齢で記入してください。＊子の年齢を証明できるもの（健康保険証等）の写しを申請書に添付してください。第１子　　満　　　　歳　　，　第２子　　満　　　　歳第３子　　満　　　　歳　　，　第４子　　満　　　　歳 |
| □介護 | 介護が必要なご家族との続柄及び年度末年齢を記入して下さい。＊市町村による要介護認定等を証明できるもの（介護保険被保険者証等）の写し等を申請書に添付してください。続柄　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　歳　要介護度・支援度：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 育児や介護の支援者の有無（それぞれあてはまるものに○をしてください） | ①配偶者 | 　同居　・　別居　・　いない\*別居の場合は，必要に応じて別途住所等を確認させていただく場合があります。 |
| ②自分の親 | 同居　・　別居　・　いない\*別居の場合は，必要に応じて別途住所等を確認させていただく場合があります。 |
| ③配偶者の親 | 同居　・　別居　・　いない\*別居の場合は，必要に応じて別途住所等を確認させていただく場合があります。 |
| ④その他の支援者 | 同居　・　別居　・　いないその他支援者の続柄（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |
| 支援を必要とする理由 | ①対象家族の育児・介護に関する状況（具体的に記入してください。） |
| ②研究や教育活動に関する状況（※研究と申請理由の両立について具体的に記入してください。） |
| ③本制度の利用によって期待される効果（※この支援を受けることによって現在進めている研究がどのように進展するかを具体的に記入してください。） |
| 現在進めている研究テーマ | ※科学研究費補助金（今年度採択中のものがあれば記載してください。）（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（期間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（交付金額：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究を支援する者を雇用する経費の有無 | ※現在，研究を支援する者を雇用している場合，該当する番号に○をつけて，人数と週当たり合計時間数を記入してください。１．リサーチ・アシスタント（週　　時間　　名）２．科学研究費補助金により，雇用をしているもの　（週　　時間　　名）３．２以外の外部資金により，雇用をしているもの　（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（週　　時間　　名） |
| ※現在，研究を支援する者を雇用可能な外部資金がある場合は，名称・期間・交付金額を記入してください。（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（期間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（交付金額：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究支援員を必要とする期間等 | 利用希望期間　　平成　　年　　月　　日　　～　平成　　年　　月　　日 |
| 利用希望時間数　　週　　　　時間（ただし，1週10時間まで） |
| 申請時点での希望曜日及び時間帯を記入してください。（適宜様式の欄を増やしていただいて構いません。）　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　　【　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分】 |
| 研究支援員の業務内容 | 希望する研究支援業務の内容をできるだけ詳細に記入してください。 |
| 研究支援員候補者 | 指導教員の承諾を受けて記述してください。学生番号　：ふりがな　：氏名　：　所属・学年等　：　性別　：生年月日　：　 |
| 利用申請者が不在の際の監督者 | 利用申請者が不在時に研究支援員の勤務を監督・指示します。配属又は所属：職名：氏名：配属又は所属：職名：氏名：配属又は所属：職名：氏名： |