（様式３）

**共 同 研 究 申 請 書**

　　令和　　年　　月　　日

　札幌医科大学長　　様

　　　　　　　　　　 　（民間機関等）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 代表者氏名 |  |
|  |  | ㊞ |
| 研究代表者 |  |

　札幌医科大学共同研究取扱規程の適用を受けることに同意し、共同研究計画書を添えて、次のとおり申請します。

記

１　札幌医科大学

　　研究代表者（所属・職・氏名）：

２　共同研究の題目：

３　共同研究の目的：

４　共同研究の期間：　　　　　　 　から　　　年　　月　　日まで

５　共同研究の実施場所：

６　共同研究者が負担する研究経費：　　　　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税の額を含む）

うち　　年度：　　　　　　　　円

うち　　年度：　　　　　　　　円

７　共同研究者が提供する研究設備等：　有　・　無

　　〔有の場合〕名称・数量：

８　事務連絡先：

　　所属：

　　氏名：

　　住所：

　　電話番号／メールアドレス：