**札幌医科大学医学部附属フロンティア医学研究所・免疫プロテオゲノミクス共同研究拠点**

**令和５年度共同研究申請書**

　　令和　5年　 月　 日

札幌医科大学医学部附属フロンティア医学研究所長　殿

所属・職名

ふ　り　が　な

申請者氏名（代表者）

連絡先 〒

TEL － － 　内線

E-mail

貴研究所共同研究に下記により申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．研究課題名 | | | |
| ２．研究期間 | 令和５年　月　日～令和６年３月31日 | 新規・継続（どちらかに○） | |
| ３．研究組織（上記代表者を含む） | | | |
| 申請研究者氏名 | 所属・職名  ※学生の場合は課程、学年を明記 | | 役割分担 |
|  |  | |  |
| 受入研究者氏名 | 所属・職名 | | 役割分担 |
|  |  | |  |

|  |
| --- |
| ４．研究概要 |
| ５．研究の目的と意義 |
| ６．これまでの研究の経緯と成果 |

|  |
| --- |
| ７．研究計画・方法 |
| ８．本研究に関連する主な研究業績と研究資金の獲得状況（過去5年以内） |