徳島大学医学部研究員許可願

令和　　年　　月　　日

　　徳島大学医学部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名

私は、下記のとおり貴学部で研究したいので、許可くださるようお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指導教授印 |  |
| フリガナ氏　　　名 |  |
| 　　　　　　　　（昭和 ・ 平成 　　　年 　　月　 　日生） |
| 本籍（都道府県） |  |
| 現住所 |  |
| 現職名 |  |
| 最終学歴（卒業年次） |  |
| 許可希望期間 | 令和　６年　４月　１日　から令和　７年　３月３１日　まで |
| 研究希望分野名 |  |
| 医師免許等資格の名称及びその取得年月日 |  | （ 昭・平・令　　　年　　　月　　　日） |
|  | （ 昭・平・令　　　年　　　月　　　日） |
|  | （ 昭・平・令　　　年　　　月　　　日） |

（注）添付書類　　①所属部局長の承認書　②研究員出願承認（誓約）書　③履歴書

　　　　　　　（教授会承認　令和　　年　　月　　日）

承　　　認　　　書

　　　　　　　職　　名

　　　　　　　氏　　名

　上記の者が、徳島大学医学部　　　　　　　　　　　　　　　分野において徳島大学医学部研究員として研究を行うことを承認します。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　所属部局長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※各部局の総務担当係に依頼し、出願者の所属する部局長の承諾印をもらってください。

※大学院医歯薬学研究部（医学系）、病院及び医学部の職員は、本様式の提出は不要です。

研究員出願承認書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※教員は提出不要

令和　　年　　月　　日

　　徳島大学医学部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属教授

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　昭和平成　　　　 | 年　　　月　　　日生 |
| 所属分野等 |  |
| 現職名 |  |
| 指導（予定）教授・分野名 | 　　　　　　教授 ・ 　　　　　　　　　　分野 |

上記の者が、下記誓約に従って、　　　　　　　教授の指導を受けて研究を行うために、研究員として出願することを承認します。

誓　　　　　　　　　　約

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　 　　　所　　属

　　　　　　　　　　 氏　　名 　　印

　研究員として出願するにあたり、研究は正規の勤務時間外に、研究費自己負担のもとに、指導教授の指示に従い、かつ、本務の遂行に支障をきたさない範囲内において行うことを誓います。

万一、これらの条項に違反した場合には、研究員の許可を取り消される場合があることも了解いたしました。