

女性研究者支援者制度 利用申請書(介護による要研究支援)

(新規 ・ 変更)

女性研究者支援室長 殿

下記のとおり申請します。

申請年月日

平成

年

月

日

| | | | | | |
|--|---|----|---------------|--|------------|
| フリガナ | | 性別 | | 所属 | |
| 氏名 | | | | | |
| 連絡先 電話(内線)・e-mail | | | | 職名 | |
| 介護を受けている方の名前 | | | 介護を受けている方との続柄 | | |
| 介護の内容 | | | | | |
| 申請者が男性の場合、パートナーの氏名・所属・職名・勤務状況を以下に記入してください。 | | | | | |
| 氏名 | | | 所属・職名 | | |
| 勤務形態 | 常勤 | ・ | 非常勤 | 勤務日数 | 1週間あたり 日勤務 |
| 介護と研究との両立状況 | | | | | |
| 本人・パートナー以外の 介護者の有無 ※有の場合は本人との関係記入 | 有(| |) | 両立の 状況 | |
| 支援を受けようとする研究の課題、研究支援者配置によって見込まれる研究成果 | | | | | |
| 希望する研究支援業務の内容(支援者が行う業務を詳細に記入してください)※授業補助業務は認められません | | | | | |
| 支援を希望する時間(1か月あたり) | 時間(1か月40時間未満) | | | 曜日 | 時～ 時 |
| 支援者候補の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | 曜日 | 時～ 時 |
| 支援者候補者の氏名 | | | | 曜日 | 時～ 時 |
| 支援者候補者の所属・学年 | | | | 曜日 | 時～ 時 |
| | | | | 支援を希望する 曜日・時間帯 (休日・平日の22時～5時を除く) | |
| | | | | 曜日 | 時～ 時 |
| | | | | 曜日 | 時～ 時 |