（様式第１号）

　　年　　月　　日

学務委員長　殿

指導教員（研究代表者）

保健医療学部リサーチ・アシスタント候補者推薦書

　茨城県立医療大学保健医療学部リサーチ・アシスタント（学部ＲＡ）実施規程第７条第１項の規定に基づき、下記のとおり推薦します。

記

【推薦する学生】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学科名 |  | 学年 |  |
|  |  | 学籍番号 |  |
| 生年月日（年齢） | 　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 従事期間 | 　　年　　月　　日　　から　　　年　　　月　　　日まで |
| 従事する業務内容 | 【研究課題】【研究倫理委員会による審査受付番号（審査を要する研究課題の場合）】 |
| 【従事内容（具体的に）】 |
| 推薦理由 |  |

　※上記研究課題に係る研究実施計画書（様式は自由）を添付すること。

（様式第２号）

年　　月　　日

（氏　名）　　殿

茨城県立医療大学長

保健医療学部リサーチ・アシスタント採用通知書

あなたを下記のとおり本学の保健医療学部リサーチ・アシスタントとして採用します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 採用期間 | 　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで |
| 研究課題 |  |
| 従事する業務内容 |  |
| 指導教員（研究代表者） | （学科名）　（職名）　（氏名） |

（様式第３号）

年　　月　　日

学務委員長　殿

指導教員（研究代表者）

保健医療学部リサーチ・アシスタント実施報告書

茨城県立医療大学保健医療学部リサーチ・アシスタント（学部ＲＡ）実施規程第９条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学科名 |  | 学年 |  |
|  |  | 学籍番号 |  |
| 従事した期間 | 　　年　　月　　日　　から　　　年　　　月　　　日まで |
| 従事した業務内容 | 【研究課題】【研究倫理委員会による審査受付番号（審査を要する研究課題の場合）】 |
| 【従事内容（具体的に）】 |

　※様式第４号（保健医療学部リサーチ・アシスタント業務報告書）を添付すること。

（様式第４号）

保健医療学部リサーチ・アシスタント業務報告書

１　従事者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学科名 |  | 学年 |  |
|  |  | 学籍番号 |  |

２　業務実施確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務実施日 | 開始時間～終了時間 | 従事時間 | 従事者印または署名 |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
|  月 日（　） | ： ～ ： | 時間 |  |
| 合計 |  | 時間 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導教員（研究代表者）確認欄 | 氏名 | ㊞ |

※学部ＲＡは、その月の業務実施日・開始時間及び終了時間・従事時間を記入し、押印または署名したうえで、月末までに指導教員（研究代表者）へ提出すること。

※指導教員（研究代表者）は、記載内容を確認し、確認欄に記名・押印のうえ、翌月３日までに様式第３号（保健医療学部リサーチ・アシスタント実施報告書）とともに教務課へ提出すること。

※学部ＲＡが従事できる時間は、一人あたり１日５時間、年間５０時間が上限であることに注意すること。