

学外共同研究員承認申請書

年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

受入責任者の所属

職・氏名

下記の者を、本学の学外共同研究員として受け入れたいので申請します。

記

氏 名	ふりがな
	性 別 生年月日 年 月 日
住 所	〒 TEL ()
所属機関名 所在地・電話番号	所属機関名 所在地 〒 TEL ()
略 歴	学 歴
	職 歴
本学における共同研究 名及びその内容	
研 究 期 間 (注1)	承認された日 から 年 月 日まで (年 月 日)
受入れ責任者の所属長 (学科長、センター長、付 属病院長)の承認	上記の学外共同研究員の受入れを承認する。 職・氏名
施設等の利用 使用する施設・研究室	
施設使用の承認 (注2)	上記の学外共同研究員の施設使用を承認する。 室管理責任者の職・氏名

(注1) 研究期間は、受け入れを承認した日の属する年度内とする。

(注2) ・茨城県立医療大学施設等管理規程第3条第3項に定める室管理責任者。複数の施設等を利用予定の際は、全ての施設等に係る室管理責任者の承認を得ること。欄が不足する場合は別葉としても差支えない。

・付属病院、放射線管理施設、動物舎等利用規定を定める施設については、その規定に定める手続きにより別途承認を得ること。また、これらの利用承認を得た際には、利用許可証等の写しを受入責任者が事務局へ提出すること。

(注3) 学外共同研究員が所属する機関の長の承諾書及び誓約書を添付のこと。

様式第2号

就 任 承 諾 書

年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

所属機関の長の職名及び氏名

印

貴学の学外共同研究員として、下記のとおり就任することは差し支えありません。

記

1 所属・職・氏名

2 共同研究課題名

(1) 共同研究課題名

(2) 研究期間 年 月 日から 年 月 日まで

学外共同研究員研究実施報告書

年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

受入責任者の所属

職・氏名

学外共同研究員と実施した研究内容については、下記のとおりです。

記

学外共同研究員氏名	
本学における共同研究名 及びその内容	
研 究 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
研究内容の概要	

(注1) 当報告書は、研究期間の終了後1ヶ月以内に提出すること。

(注2) 研究の内容が明らかになる書面等を、必要に応じて添付すること。

研究活動の不正行為等に関する誓約書

私は、茨城県立医療大学に学外共同研究員として受入れられるに当たり、「茨城県立医療大学学外共同研究員規程」を始めとする貴学の諸規程、法令及び競争的資金等の配分機関の規程等を遵守し、下記に掲げる行為を行わず、荷担せず、また、それらの行為を発見した場合には遅滞なく報告し、誠実に研究活動を行うことを誓約します。

万が一これに違反し、若しくは相違があった場合には、貴学の諸規程に基づく受入れ取り消しその他のいかなる処分又は競争的資金等の配分機関からの処分がなされてもなんら異議を申し立てないことはもちろん、処分に係わる法的な責任を負担するとともに、これにより貴学に損害を被らしめた際には、その損害賠償の責に任ずることを誓約します。

記

- 1 ねつ造、改ざん、盗用等の研究活動の不正行為
- 2 実態と異なる謝金の請求、実態と異なる旅費の請求、業者への預け金、その他関係法令等に反する研究費の不正使用

年 月 日

受入責任者 所属

受入責任者 氏名

被受入者 現住所

氏名（自署）