**令和７年度　昭和医科大学発達障害医療研究所**

**共同利用・共同研究申請書**

**申請書提出期限（2025年9月15日（月）：提出期限厳守）**

申請日　令和　　年　　月　　日

昭和医科大学　学長　上　條　由　美　殿

研究代表者

所属機関

職　　名

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 勤務先住所　〒

TEL

# FAX

E-mail

下記により昭和医科大学発達障害医療研究所において共同研究を行いたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課題名 | |  | | | |
|  | | | |
| 研究期間　　研究開始　令和7年　月　日　〜　研究終了　令和8年3月31日 | | | | | |
| 研究組織 | 氏　名 | | 所属機関・部局等 | 職名 | 役割分担 |
| [代表者] | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

※必要に応じて欄を追加してください。

|  |
| --- |
| 1.研究目的  2.研究計画・内容  3.研究経費申請の内訳（上限１００万円以内）  旅費交通費（　　　　　　千円）  内訳：  消耗品経費（　　　　　　千円）  内訳：  ＊その他必要な物があれば適宜記載してください。  4.実験で使用する研究機材等がありましたら、記入してください。  5.研究成果の公開予定（学術誌、学会報告など）を、記入してください。  6.その他（希望事項、審査の参考となる事項等）を記入ください。 |