（様式１－B）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理年月日 |  |
| 受理番号 |  |
| 採択番号 |  |

２０２４年度　徳島大学先端酵素学研究所「共同研究」申請書

令和　　年　　月　　日

国立大学法人徳島大学

先端酵素学研究所長　　殿

申請者（代表者）

所属機関

職　　名

氏　　名

勤務先住所地　〒　　－

電話番号　　　　　（　　　）

FAX番号　　 　　（　　　）

E-mail

下記により、「共同研究」を実施したいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同研究の項目  （課題の複数選択不可） | |  | | | | |
| 研究所担当教員 | |  | | | | |
| 前年度採択状況  (選択) | □新規 □継続 | | 研究内容  （選択） | | 「慢性炎症」関連で　□ある □ない | |
| 研究題目 |  | | | | | |
| 研究目的 |  | | | | | |
| 研究経費 | 研究経費（円） | | | 使　用　内　訳　（　円　） | | |
| 国内旅費 | | 消耗品費・その他 |
|  | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研　究　組　織 | | | | |
| 氏　　名 | 年齢 | 所属機関・部局等 | 職　名 | 役割分担 |
|  |  |  |  |  |
| 使　用　設　備　等 | |  | | |
| ※以下は２ページ以内で記載願います。 | | | | |
| ・研究計画・内容  ・共同利用または共同研究の必要性と効果  ・申請者の研究実績（過去5年間の主な研究発表論文５篇以内、厳守ください。）  ・その他（任意）　準備状況等、特に遺伝子組換え実験・動物実験の有無 | | | | |