（様式１－B）

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

２０１９年度　徳島大学先端酵素学研究所「共同研究」申請書

　　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 |  |
| 研究種別 | 単年度　・　複数年度(2年間)　　（該当に○を付けてください。） |
| 研究題目 |  |
| 研究目的 |  |
| 研究経費 | 年度 | 研究経費（円） | 使　用　内　訳　（　円　） |
| 国内旅費 | 消耗品費・その他 |
| 2019年 |  |  |  |
| 2020年 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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（継続の場合は、その状況も記載）・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（２０１５年以降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 |

　　年　　月　　日

承　　諾　　書

徳島大学先端酵素学研究所長　殿

住　所

所属名

所属長　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記により共同研究を実施することについて、承諾します。

記

１．研究代表者

職　　名

氏　　名

２．研究題目

３．研究期間　　　　　２０１９年　４月　１日～　　　　年　３月３１日