受付番号

２０１９年度男女共同参画室研究補助制度申請書

　　年　　月　　日

男女共同参画室長　殿

下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 内線 |  |
| 所属 |  | 職名 |  |
| 研究補助制度利用の理由 | 申請理由(１．２．３．のうち該当するものに〇を付けてください。) | １．妊娠　（出産予定日を記載ください。）出産予定日　　　　　年　　月　　日２．育児　（お子さんの年齢（２０１９.４.２時点）を記入ください。）第１子（　　歳）、　第２子（　　歳）、　第３子（　　歳）３．介護　（介護を必要とする者との続柄を記入ください。）　　　続柄：　　　　　　　　（介護認定の有無について該当箇所に○を付けてください。）　　①　認定有り（要支援／要介護）　要支援１、 要支援２、要介護１、 要介護２、 要介護３、 要介護４、 要介護５　②　認定無し |
| 支援を必要とする理由 | （研究の現状や研究補助者等の必要性を記入ください。） |
| 業務計画 | 候補者 | 氏　名　所属・学籍番号　どちらかを選択してください　（　研究補助者　　事務補助者　）　 |
| 業務の内容（具体的に） |  |
| 研究補助期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日週　　時間　　　　　　　合計　　　時間 |

※この申請書に記載された事項は、申請の審査以外の目的には使用しません。