受付番号

平成2９年度男女共同参画室研究補助制度申請書

平成　　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　平成　　年　　月　　日  ２．育児　（お子さんの年齢（H2９.４.１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。