

共同研究申込書

年 月 日

新潟薬科大学学長 殿

(郵便番号 -)

申込者 住 所 _____

会社名等 _____

代表者名 _____ 印

新潟薬科大学共同研究取扱規程に基づき、下記により共同研究を申込みます。

記

1. 研究題目		
2. 研究目的及び内容		
3. 申込をする機関等の研究者 (民間等共同研究員*には○印)	所属・職・氏名	役割分担
	_____	_____
	_____	_____
4. 共同研究を希望する新潟薬科大学の研究者	所属・職・氏名	役割分担
	_____	_____
	_____	_____
5. 研究期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
6. 研究実施場所		
7. 研究に要する経費の負担額及び納付予定日	金 円 (消費税及び地方消費税を含む。)	
	(内訳)	
	直接経費：金 円	間接経費：金 円
	一括払	年 月 日
	分割払	年 月 日 (円) 年 月 日 (円)
8. 共同研究のための提供設備等		
9. 契約手続きに関する事務連絡先	住所：〒 - 担当者所属・氏名： 電話番号： FAX： E-mail：	
10. その他参考事項		

*申込をする機関等において、業務上当該研究の専門知識を持ち、在職のまま共同研究を行うために本学に派遣される者。