

(様式1)

年 月 日

川崎医科大学 学長 殿

教室名
所属長氏名(自署)
研究担当責任者
役職
氏名(自署)

お手数ですが、捺印済の申込書を提出する際に Word データも以下のメールまで送付してください。
産学連携知的財産管理室
s-renkei@med.kawasaki-m.ac.jp

共同研究機関名
代表者

契約者となられる方を記載してください。

共同研究申込書

下記のとおり、貴学との共同研究を申したいします。

1. 契約当事者	甲	学校法人 川崎学園 川崎医科大学			
	乙				
2. 研究題	研究開始は、原則として <u>研究経費振込後から開始</u> となりますので、研究期間は余裕をもって記載ください。				
3. 研究目的内容					
4. 研究期間					
5. 研究担当者 ※研究担当責任者	区分	氏名	所属	職名	本研究における役割
	甲	※			
6. 共同研究 ○共同研究責任者 ◎派遣研究者	派遣研究者には、氏名の前に「◎」をつけてください。		(一般管理費の計算) ①研究費×20%=一般管理費		
7. 研究経費 (消費税及び地方消費税含む。)		①研究費	②一般管理費	③研究料 (37,000円×月×人)	①+②+③合計
8. 研究実施場所	甲	(派遣研究者がいる場合) 37,000円×派遣期間(月)×派遣研究者人数 (派遣研究者がいない場合)「0」と記載			
	乙				
9. 提供物品	提供物品が無い場合、「無し」と記載				
10. 乙の担当連絡先	(tel)	(mail)			

(産学連携知的財産管理室 記載) 受付番号: