

放射線医学総合研究所共同利用研究員申請書

Application Form for a Collaborative Researcher

放射線医学総合研究所理事長 殿
President, NIRS

平成 年 月 日
Date(yy/mm/dd) _____

共同利用研究員として採用願いたく、下記の通り申請します。

(ふりがな) 氏名 Name (Last/First/M)	性別 Sex	
	生年月日 Date of Birth	
所属機関名 部署名 Affiliation & Department	電話 Phone	
	FAX	
	e-mail	
所在地 Address	〒 _____	
転送先 Mailing Address	(上記所在地と違っている場合 If different from the above address.) 〒 _____	
職名 Job Title	*1 級号棒 研究職 級 号棒 行政 (一) 教育 (一)	
*1 官名		
年/Year 月/Month	主な学歴及び職歴 Recent Academic and Professional Experience	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
共同利用研究課題名 Title of Research Project at NIRS-HIMAC		
申請期間 Duration	平成__年度から 年度間まで (最長で3年度間まで) *2 Valid for _____ years beginning in FY_____ (maximum:3y) of Research	

*1 (Japanese applicant only) 国家公務員の方は官名、現級号棒を記入してください。

*2 例：平成20年～22年度までの3年間の場合、3と記入。

承諾書 (Agreement by a Senior Official from the Home Institution of the Applicant)

放射線医学総合研究所理事長 殿
President, NIRS

上記の者が放射線医学総合研究所の共同利用研究員となることを承諾いたします。

I grant permission for this applicant to be involved in research at NIRS.

機関名

Institution _____

所属機関長 職名

Title of Senior Official _____

氏名

Name _____

Signature _____

職印

備考：日本の機関の場合は、所属機関長の職印を使用してください。その場合、Signatureは不要です。
(所属機関長は、大学では学部長など、それ以外では同等の管理責任者としてします。)