

クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度に関する支給規則

〔 令和 4 年 5 月 2 5 日
規則第 9 1 号 〕

（目的）

第 1 条 この規則は、臨床の視点に立ち基礎研究を実践するクリニシャン・サイエンティストを重点的に養成するため、クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度は卓越大学院生制度に採用された大学院生を対象に研究に専念するための支援金（以下「CS 養成支援金」という。）を支給することを目的とする。

（資格）

第 2 条 CS 養成支援金の支給を受ける者（以下「対象学生」という。）は、次の各号に掲げる要件を満たす者とする。

- (1) 卓越大学院生制度（Ⅰ）または（Ⅱ）に選考された者であること。
- (2) 学業成績、人物ともに優秀であること。

（支援金の支給額）

第 3 条 CS 養成支援金の支給額は年額 250 万円および授業料相当額(全額免除)とする。

（期間・支給方法）

第 4 条 支給の期間は 4 カ年を限度とする。ただし、特別な事情がある場合は、1 カ年に限り延長することができるものとする。

2 CS 養成支援金は原則として、毎月末日までに対象学生より指定された銀行口座への振込により交付する。ただし、初回の交付は、4 月分から初回交付月分をまとめて振り込むものとする。

（申請）

第 5 条 支給を受けようとする者は、卓越大学院生制度へ申請する際に、申請書（別紙様式 1）および分野の推薦状（別紙様式 2）を添えて、学生支援・保健管理機構事務部学生支援事務室に申請するものとする。

（選考・決定）

第 6 条 申請があったときは、別に定める基準により卓越大学院生制度運営委員会が審査し、学長が決定の上、採用決定通知書（別紙様式 3）により通知する。

（誓約書）

第 7 条 対象学生として決定された者は、誓約書（別紙様式 4）及び銀行振込依頼書（別紙様式 5）を学生支援・保健管理機構事務部学生支援事務室に提出しなければならない。

（身分等変更の届出）

第 8 条 対象学生は、次の各号のいずれかに該当する場合は、異動届（別紙様式 6）によ

り直ちに学生支援・保健管理機構事務部学生支援事務室に届けなければならない。ただし、本人の病気・死亡などの場合は、保護者等が代わって届け出なければならない。

- (1) 休学、退学及び復学
- (2) 本人の氏名、住所、その他重要事項の変更

(支給の停止)

第9条 休学をしている期間については、CS養成支援金の支給を停止する。

- 2 前項により奨学金の支給を停止されている者が復学した場合、第8条の届出によりCS養成奨学金の支給を再開するものとする。

(失格)

第10条 学長が次の各号のいずれかにより不適格と認めた場合、又は退学をした場合には対象学生はその資格を失い、CS養成支援金の支給を取り消す。

- (1) 懲戒、又は停学の処分を受けたとき
- (2) 申請書又は提出書類の記載内容に虚偽があった場合
- (3) 正当な理由がなく第8条に定める届出を怠った場合
- (4) その他奨学生として学長が不適当と認めた場合

(義務・報告等)

第11条 対象学生は、毎年度末に研究成果（進捗等）を報告し、年次評価を受けなければならない。

- 2 CS養成支援金の給付を受けた者は、従事先を登録し変更した場合は、遅滞なく従事先変更を学生支援・保健管理機構学生支援事務室へ届け出なければならない。

(返還)

第12条 対象学生が前条の規定により資格を失った場合は、すでに給付された金額の全部または一部を返還しなければならない。

- 2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、申し出によりすでに給付されたCS養成支援金の全部または一部の返還を免除することができる。
 - (1) 死亡した場合
 - (2) その他特別な事由のある場合

(事務)

第13条 クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度に関する運営事務は、学生支援・保健管理機構事務部学生支援事務室の所管とする。

(雑則)

第14条 この規則に定めるもののほか、必要な事項については、別に定める。

附 則

この規則は、令和4年6月1日から施行する。

クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度申請書

東京医科歯科大学クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度に申請します。

- 1 所属： 研究科 分野 学年
- 2 氏名：
- 3 学籍番号：
- 4 TMDU卓越大学院生No：
- 5 目指す研究者像：

(1)「目指す研究者像、とくにクリニシャン・サイエンティスト養成期間後のキャリアプラン」、(2)「目指す研究者像に向けてクリニシャン・サイエンティスト養成期間中に行う研究活動の位置づけを記入してください」
※(申請者がMD/DDSでない場合)自分がクリニシャン・サイエンティスト候補として妥当であると思う理由

クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度申請者に関する推薦書

東京医科歯科大学クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度に（申請者： ）
を推薦します。

- 1 推薦者の所属： 研究科 分野
- 2 推薦者名： (申請者との関係)
- 3 学籍番号：
- 5 現在の臨床 duty（外来や病棟当番）外来 週 /回、病棟当番 週 /回現在の臨床 duty を今以上に増やさないことを誓約します
- 6 研究者としての将来性について

(申請者の将来性を判断する上で特に参考になると思われる事項を記入してください。)

クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度採用決定通知書

東京医科歯科大学クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度対象学生として採用する。

1 学 年 ・ 学 籍 番 号 研 究 科 学 年 番

2 氏 名

3 クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度番号

4 給 付 額 年間250万円を支給する。

5 給 付 期 間 年 月 ～ 年 月 まで

6 支 給 条 件

7 卓越大学院生 I・II 番号

年 月 日

東京医科歯科大学長

○ ○ ○

別紙様式4(第7条関係)

誓 約 書

年 月 日

東京医科歯科大学長 殿

クリニシャン・サイエンティスト 氏名
養成支援制度 住所

私は東京医科歯科大学クリニシャン・サイエンティスト養成支援制度に関する給付の規定を遵守し、学業・研究に打ち込むことを誓約します。

別紙様式5(第7条関係)

クリニシャン・サイエンティスト養成支援金 銀行振込(変更)依頼書

年 月 日

東京医科歯科大学
財務部長 殿

研究科 学年 番

番 号	氏 名	現 住 所
		Tel

下記により銀行振込をお願いいたします。

記

金融機関名	銀 行
	信 用 金 庫
支 店	
預金種目	普通・その他()
口座番号	
名 義 人	ふりがな
	氏 名
給付期間	年 月 ~ 年 月

異 動 届

年 月 日

東京医科歯科大学長 殿

番 号	研究科	学年
氏 名		

下記のとおり異動いたしますので、お届けいたします。

記

異動種別	異動年月日又は期間	理 由
退 学	年 月 日	
休 学	年 月 日 ～ 年 月 日	
復 学	年 月 日	