**学術指導申込書**

　　年　　月　　日

国立大学法人東京医科歯科大学長　殿

＜申込者＞

住　　　　　所

名　　　　　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

国立大学法人東京医科歯科大学学術指導取扱規則を遵守の上、下記のとおり学術指導を申込みます。

１．学術指導題目

２．学術指導目的・内容（具体的に）

３．希望する学術指導期間・時間

　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

（□年、□月、□週）　　　回　、１回あたり　　　時間

４．学術指導料

※納付された指導料については、本学の重過失又は故意による契約不履行を除き返還できません。

　　□都度払い

　　　　　単価　　　　　　　　　　円　×　回

＝　　総額　　　　　　　　　　円

（ただし、学術指導者に申込者が直接支払う旅費・交通費は含まれない。）

［うち直接経費　　　　円、うち間接経費　　　　円］

　　□一括払い

　総額　　　　　　　　　　円

（ただし、学術指導者に申込者が直接支払う旅費・交通費は含まれない。）

［うち直接経費　　　　円、うち間接経費　　　　円］

５．学術指導担当者の希望（所属・職・氏名）

６．本学術指導内容に関連して５の研究者との共同研究、受託研究、臨床研究、治験を検討又は、実施を決定していますか。

　□はい

　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□いいえ

７．学術指導に必要な設備等の提供の希望

　　□本学の施設、設備、機器等の提供又は使用した指導を希望する

　　（必要な設備等を具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□申込者の施設、設備、機器等の提供又は使用した指導を希望する

　（必要な設備等を具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□その他

　（必要な設備等を具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

８．本学術指導の内容の公表の予定（申込者の組織外へ公開を予定しているかお尋ねします。）

　□なし

□あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公表予定時期 |  | |
| 公表目的  （具体的に)  申込者の広報、商用利用を目的としている場合はその旨必ず明記ください |  | |
| 公表の際、本学名使用の有無  ※ありに該当する場合は別途、商標利用申請が必要となります。 | | □あり　　□なし |

９．その他希望する事項

１０．連絡先

住　　所：

所属部署：

氏　　名：

電話番号：

メールアドレス：