文部科学省「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（女性リーダー育成型）」

202５年度研究支援員制度利用計画書

年　　月　　日

　ＡＷＡサポートセンター長　殿

研究支援員制度について、下記のとおり利用計画書を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 所　　属 |  | 職名 |  |
| ふりがな  氏　　名 |  | 連絡先  （携帯） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| メール |  | | |
| 利用資格 | □出産 | 母子健康手帳のコピーを添付してください。  出産予定日　　　年　　月　　日 | | |
| □育児 | 子どもの年齢を証明できるもの（健康保険証又は住民票）のコピーを添付してください。  第１子　満　　歳　　　ヶ月　　　第２子　満　　歳　　ヶ月  第３子　満　　歳　　　ヶ月　　　第４子　満　　歳　　ヶ月 | | |
| □治療 | 傷病名：  治療開始時期と終了予定時期  　　治療開始：  　　終了予定時期：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※終了予定時期について不明の場合は「未定」と記載ください  通院等の頻度： | | |
| □介護・看病 | 市町村による要介護認定等を証明できるもの（介護保険被保険者証等）又は家族の入院  や疾病状況を証明あるいは説明できるもの（診療費の領収書等）を添付してください。  続柄　　　　　　（年齢　　　歳）  　　要介護度・支援度：  　　入院等の状況： | | |
| 支援を必要  とする理由 | | 現在の状況（出産、育児、介護等）により研究時間の確保が困難である状況について、  できるだけ具体的に記入してください。 | | |

※適宜欄を拡げてご記入ください。（頁は増えてもかまいません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 研究内容 | 支援を受けようとする研究の課題、補助金や外部資金の獲得状況等について、記入してください。 |
| 支援希望期間等 | 2025年　　月　　日～　　　年　　月　　日  月　火　水　木　金　（週　　時間程度）  **※予算の範囲内での支援となりますので、１週当たりの希望時間数が多くなれば、支援期間は反比例して短くなります。また、ご希望期間等にそえないこともあります。** |
| 研究支援員  の業務内容 | 希望する研究支援業務の内容を具体的に記入してください。 |
| 期待できる  効果の見込み |  |
| 研究支援員候補者  ※学生の場合、予め候補者学生の指導教員の内諾を得てください。 | 研究支援員候補者  　氏　　　名  　所属・学年　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年）  　学生以外の者は現職（元職） |
| 研究支援員候補者  　氏　　　名  　所属・学年　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年）  学生以外の者は現職（元職） |
| 利用者代理人 | 利用者に代わって研究支援員の勤務を監督・指示する方がいる場合は記入してください。    所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職名　　　　　）  　 氏　名 |
| 備考 | ※男性教員の場合、配偶者の勤務先、職種を記入し、確認できるもの（職員証のコピーなど）を添付してください。 |

※適宜欄を拡げてご記入ください。（頁は増えてもかまいません。）