（様式１）

2023年度治療と仕事の両立支援員制度利用計画書

年　　月　　日

　ＡＷＡサポートセンター長　殿

治療と仕事の両立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 | 電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）メール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用資格 | 傷病名 |  |
| 治療開始時期と終了予定時期 | 治療開始　　　　　　　年　　　　　　月　から終了予定時期　　　　　　　年　　　　　　　月　まで　（不明の場合は「未定」と記載ください） |
| 通院等の頻度 | 　　　　　　　　　　　　　　回　・　時間　／　週　・　月　　程度　（いずれかに○をつけてください） |
| 支援を必要とする理由 | 現在の状況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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 2023年　　月　　日～　　　年　　月　　日月　火　水　木　金　（週　　時間程度）**※予算により、ご希望に沿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 |

**治療と仕事の両立支援員制度利用計画書の記入にあたって（注意事項）**

１.申請者連絡先

　緊急連絡先として携帯電話の番号もご記入ください。

２.支援希望期間等

　期間は、2023年7月1日から2024年2月29日までの間で希望する期間を記入してください。

予算の都合上、ご希望にそえないこともあります。

時間数は、１週間１８時間を超えない範囲としてください。

４.研究支援員の業務内容

　データ整理、データ分析、実験補助、資料作成、文献調査等記入してください。

５.研究支援員候補者

　・同じ研究室の大学院学生など、予め候補者がいる場合は記入してください。

　・研究支援員候補者が本学学生以外の場合、現職（元職）をご記入ください。

・研究支援員は、大学院学生など学士以上の者を想定していますが、学部生でも可能です。（ただし、基本的に４年生以上となります。）

６.備考

　審査の上で傷病名や治療期間を証明し得る書類の提出を求めることがあります。