|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  富山県衛生研究所 共同研究員 受入申請書  富山県衛生研究所長　殿  申請者　住所  　　共同研究者（所属名称）  所属長　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  下記の者を共同研究員として受け入れをお願いしたいので、申請します。  記 | | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | | | 西暦  　　　　年　　月　　日　生 | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | |
| 所属機関、部署及び職名 |  | | | | | |
| 所属部署 所在地、電話番号 | 〒 | | | | | TEL |
| 履歴 |  | | | | | |
| 研究目的 |  | | | | | |
| 衛生研究所  受入部長 | 部 | | 氏名 | 印 | | |
| 来所頻度 | １．毎日　　　　２．　　　　日／週　　　３．　　　　日／月 | | | | | |
| 期間 | 令和　　　年　 　月　 　日　から　令和　　　年　 　月　　日まで | | | | | |
| 使用施設 | １．P3　　２．P2　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 備考 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  富山県衛生研究所 共同研究員 承諾書  　　富山県衛生研究所長　殿  共同研究員氏名　　　　　　　　　　　印  富山県衛生研究所 共同研究員として共同研究を行うにあたり、下記事項について承諾します。  記 | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 西暦  　　　　年　　月　　日　生 | |
| 自宅住所 | 〒 | | | |
| 衛研共同研究員在任時の住所 | 〒  *＜転居を伴う場合に記入＞* | | | |
| 所属機関、部署及び職名 |  | | | |
| 所属部署 所在地、電話番号 | 〒 | | | TEL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究目的 |  | | |
| 衛生研究所  受入部長 | 部 | 氏名 | 印 |
| 期間 | 令和　 　年　　 月　　 日　から　令和　 　年　 　月　 　日まで | | |
| 添付書類　　履歴書１通  了承事項   1. 貴所の諸規程その他関連法令を遵守するとともに、病原体等の安全管理について所長並びに所属部長の指示に従います。 2. 必要に応じ、各種管理規程等に定める講習会を受講します。 3. 貴所の設備及び器械等に故意又は重大な過失により損害を加えたときは、その損害を賠償します。 4. 貴所における不測の事故により身体に傷病を被った場合は、理由の如何に関わらず一切責任を問いません。 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  富山県衛生研究所 共同研究員 終了届  富山県衛生研究所長　殿  申請者　住所  　　共同研究者（所属名称）  所属長　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  下記の者は、共同研究員を終了するので、届け出ます。  記 | | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 所属機関、部署及び職名 |  | | | |
| 所属部署 所在地、電話番号 | 〒 | | | TEL |
| 終了理由 |  | | | |
| 衛生研究所  受入部長 | 部 | 氏名 | 印 | |
| 既承認期間 | 令和　　　年　 　月　 　日　から　令和　　　年　 　月　　日まで | | | |
| 変更後期間 | 令和　　　年　 　月　 　日　から　令和　　　年　 　月　　日まで | | | |
| 備考 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  富山県衛生研究所 共同研究員 期間延長願  富山県衛生研究所長　殿  申請者　住所  　　共同研究者（所属名称）  所属長　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  下記の共同研究員の受け入れ期間を延長していただきたいので、承認願います。  記 | | | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | | 西暦  　　　　年　　月　　日　生 | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 所属機関、部署及び職名 |  | | | | |
| 所属部署 所在地、電話番号 | 〒 | | | | TEL |
| 研究目的 |  | | | | |
| 衛生研究所  受入部長 | 部 | | 氏名 | 印 | |
| 来所頻度 | １．毎日　　　　２．　　　　日／週　　　３．　　　　日／月 | | | | |
| 既承認期間 | 令和　　　年　 　月　 　日　から　令和　　　年　 　月　　日まで | | | | |
| 延長期間 | 令和　　　年　 　月　 　日　から　令和　　　年　 　月　　日まで | | | | |
| 使用施設 | １．P3　　２．P2　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 延長理由 |  | | | | |