

〔様式1〕

年 月 日

研究委託申請書

愛知学院大学 学長 殿

【研究委託者】

住 所	〒
機 関 名	※医療法人名等省略せずご記入ください。
代表者名	印

下記のとおり研究委託を致したく、よろしくお取り計らいお願い申し上げます。

研 究 課 題	
研 究 目 的	
研 究 内 容	
研 究 担 当 者	学部：                      職名：                      氏名：
研 究 期 間	自：                      年    月    日 至：                      年    月    日
研 究 経 費	_____円 (消費税及び地方消費税を含む)
研究経費の支払に関する事項 ※特になければ記入不要	
連 絡 先	部署                                      担当者
	〒 住所  TEL                                      FAX E-mail:
備 考	

- ※ 本研究の成果の一部または全部は、本学に帰属します。
- ※ 本申請書は、研究担当者へ提出してください。

研究支援課受付	学部事務室受付
---------	---------