**〔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※特にない場合は記入不要 |  |
| 連絡先 | 部署　　　　　　　　 担当者 |
| 〒住所TEL FAXE-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。

学部事務室受付

研究推進・社会連携課受付

※　本申請書は、研究担当者へ提出してください。