　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式２

学術研究業務委嘱願

東京大学大学院医学系研究科長　　　殿

　所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導教員　　　　　　　　　　　　印

　　　　　 下記の者を委嘱したいので、審査方よろしくお取り計らい願います。

　記

　　（ふりがな）

　１．氏 名：　　　 　　 　（旧姓　　　）（男・女）　生年月日：　西暦 　 　年　　月　　日

　　　　　　 ※戸籍名を記入すること。

※留学生は外国人登録原票の記載氏名と一致させること。

　２．委嘱期間：　２０１９年　８月　１日　～　２０２０年　１月３１日

　・委嘱内容は、学術研究遂行協力計画書に基づき、ＲＡ等評価委員会によって、当該研究課題の遂行に有益と判断され、採択された学術研究業務とする。

・委嘱する業務の遂行は、授業等の支障のない範囲内とする。

（以下委嘱予定者が記入）

私は、博士研究協力遂行制度に申請するにあたり、募集要項３．で定められた＜除外対象者＞に該当しないことをここに宣言します。

学術研究遂行協力計画書が採択された場合には、学術研究業務に委嘱されることを承諾します。

また、委嘱対象者としての資格を喪失した場合、その他変更事項がある場合には速やかに届け出ます。

　　　　　　　 　年　　　月　　　日

（自筆署名）