横浜市立大学医学研究科 研究遂行協力制度 申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　月　　日　記入

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| メールアドレス | @yokohama-cu.ac.jp |
| 学籍番号 |  | 所属教室 |  |
| 学　　年 | 　　　　　　　年次生 | 入学年度 | 平成/令和　　年度　　　　　　　 |
| 今年度RAに採用された場合のおおよその年収(RA謝金を含む) | 万円 | 医師資格の有無 | 　　 有　/　無 |
| 【研究遂行協力制度への申請理由】 |
| 　※博士前期課程（修士課程）の方は、博士後期課程（博士課程）への進学理由も含めてご記入ください。 |
|  |