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。 | | | | |
|  | | | | |