

(様式1)

認知症対策総合研究推進事業
外国人研究者招へい事業

招へい申請書

平成 年 月 日

公益財団法人 長寿科学振興財団
理事長 祖父江 逸 郎 殿

| | | | | |
|----------------|-------------|--|--------|--|
| 申請者 (研究代表者) | フリガナ 氏 名 | 印 | 職 名 | |
| | 所属機関 | | | |
| | 所在地 | (〒 -) TEL - - (内線) FAX - - e-mail | | |
| | 研究課題名 | | | |

貴財団が実施する平成 年度外国人研究者招へい事業による招へいを下記のとおり申請します。

記

申請順位

| | | |
|--------------------|------------------------------|--------------------|
| 招へいする外国人研究者 | 氏 名 | (カタカナ) |
| | | (外国語) |
| | 生年月日・性別 | 年 月 日生 (歳)・性別 () |
| | 職 名 | (日本語) |
| | | (外国語) |
| | 所属機関 名 称 | (日本語) |
| | | (外国語) |
| | 所在地 | (日本語) |
| (外国語) | | |
| 招へい期間 (入国日～出国日) | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 (日間) | |

| | | | | |
|------------------|-----------------|--|---------------------------|--|
| 外国人研究者の受入先 | 受入機関 | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | TEL - - (内線) | |
| | フリガナ 受入研究者氏名 | | 職名 | |
| 招へいを希望する理由 | | | | |
| | | | | |
| 招へい期間が基準により難しい理由 | | 日数が7日以下又は14日以上になる場合に記載することとし、併せて、当該日数であれば別記の招へいの効果が得られる（当該日数でなければ効果が得られない）合理的な根拠を明記してください。 | | |
| | | | | |

外国人研究者の研究実績（要旨）

外国人研究者と共同で実施する研究活動

〔研究テーマ〕

〔研究計画〕（研究代表者の研究課題との関連を重点的に記載してください。）

| | | |
|---------------------|---|------|
| 招へいの効果 | 外国人研究者と共同で実施する研究活動が研究代表者の研究課題を推進させるためにもたらす効果について記載してください。 | |
| | | |
| 外国人研究者の滞在期間中の研究活動予定 | 毎日の予定をできるだけ詳しく記載してください。 | |
| 月 日 | 研究実施場所 | 研究内容 |
| | | |