

平成 22 年度高知大学海洋コア総合研究センター全国共同利用研究申請書・実施計画書

高知大学海洋コア総合研究センター長 殿

提出年月日 平成 年 月 日

(ふりがな)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

所属及び職名 \_\_\_\_\_

※正確に記載して下さい。

※大学院生は利用時の年次を記載して下さい。異動が生じた場合は、事実発生後速やかに報告して下さい。

連絡先住所 〒 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

指導教員 \_\_\_\_\_ 所属職名 \_\_\_\_\_

※課題申請者が大学院生の場合は指導教員について記載して下さい。

下記の通り申請します。

【  新規  継続 】 ※同じ研究課題で引き続き利用申請する場合を【継続】とします。

【  有  無 】 ※以前に同じ研究課題で採択されたことがあるかどうかを記載して下さい。

研究分野	<input type="checkbox"/> 地下生物圏と海底下における流体挙動に関する研究 <input type="checkbox"/> 地球環境変動とその生命圏への影響に関する研究 <input type="checkbox"/> 固体地球における物質循環とそのダイナミクスに関する研究 <input type="checkbox"/> その他地球掘削科学に関する研究 ※4つのうち1つを選択して下さい。					
研究課題						
重要性・緊急性						
分析する試料	物質名	形態 (形状)	試料数	所有者	所有者の使用許諾	法令等の遵守
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> その他 ( )  ※法令等の遵守確認のため、いずれかを選択して下さい。 (公募要領 P2 (注) 参照)

様式 1 - 5	氏名	受付番号 ※センター記載欄	採択番号 ※センター記載欄
----------	----	------------------	------------------

研究の意義、目的、特色、期待される成果	
---------------------	--

上記目的を達するための本申請の位置づけ	
---------------------	--

研究組織	氏名	所属	職名／大学院生・学部生は利用時の年次	電話番号	分担事項	E-mail	
	申請者						
	分担者						
<p>注1) センター教員・研究者と共同で行う研究（科学研究費補助金など競争的資金等による研究を含む）で利用する場合は、センター教員・研究者の氏名を明記して下さい。</p> <p>注2) センターを利用する人の氏名は当欄に必ず記載して下さい。採択後に追加・変更を行う場合は、センター連絡担当者に相談の上、変更申請書を事務局まで提出して下さい。</p> <p>注3) 異動が生じた場合は速やかに報告して下さい。</p>							

様式1-2	氏名	受付番号 ※センター記載欄	採択番号 ※センター記載欄
-------	----	------------------	------------------

他公募での採択状況	※採否の審査の参考にしますので、当該研究課題に係る競争的資金や公募型プロジェクト等の採択状況を記載して下さい。						
研究実施予定期間							
利用実験室							
利用する機器	機器名	利用者の機器操作能力 ※操作可/操作不可/その他(コア解析スクール参加コース等)を記述			操作不可の場合のセンターの対応		
					※センター連絡担当者記載欄		
持ち込む装置・器具	装置名	仕 様		安 全 対 策			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「有」の場合は当欄に記載)						
安全に関する記述、対策	安全に関する手続きが必要なもの <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 国際規制物資 <input type="checkbox"/> 密封状放射性物質 <input type="checkbox"/> 毒物・劇物等薬品類 ※上記物質を持ち込む場合は、下欄に詳細を記載して下さい。						
	物質名	形態(形状)	量	性質	使用目的	保存方法及び処理方法	安全対策
(注) RI・X線装置を使用する研究については、別紙により申請者及び研究分担者が放射線作業従事者として登録されていることの証明を必要とします。							

様式1-3	氏名	受付番号 ※センター記載欄	採択番号 ※センター記載欄
-------	----	------------------	------------------

<p>センター全国共同利用研究のうち、関連する過去の利用実績</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 採択番号／研究課題</p> <p>1. _____ / _____</p> <p>2. _____ / _____</p> <p>※同じ研究課題ではないが関連する研究課題による利用があった場合に記載して下さい（最大2つまで）。</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
<p>センター連絡担当者</p>	<p>氏名 _____</p> <p>E-mail _____</p> <p>※主要設備一覧掲載の「連絡担当者」（コアセンター教員）について記載して下さい。</p>

※申請に当たっては、センター連絡担当者と事前に打合せを行って下さい。

<p>様式1-4</p>	<p>氏名</p>	<p>受付番号 ※センター記載欄</p>	<p>採択番号 ※センター記載欄</p>
--------------	-----------	--------------------------	--------------------------