（様式１）

令和　　年　　月　　日

共 同 研 究 出 張 届

長崎大学熱帯医学研究所長　殿

所 属 機 関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連　絡　先（TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(E-mail) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり共同研究のため出張いたしますので、手続きをよろしくお願いします。

記

1．　採 択 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．　研 究 課 題 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．　出 張 期 間　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日

4．　旅 費 負 担　長崎大学熱帯医学研究所

5．　出　張　先　熱帯医学研究所　・当研究所でない場合の出張先（　　）

共同研究のため、上記の期間＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を出張することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

所属長の職・氏名

印

熱研の対応教員	印

※次ページの注意事項をご覧のうえ、ご記入ください。

《記入および提出上の注意》

（注）１．この届けは、所属機関の長に対する「出張依頼の承諾書」を兼ねていますので、貴所属機関の長の承諾を得たうえで、熱研対応教員を経由して来所の２週間前までに熱研支援課まで提出してください。（旅費支給の手続上、期限厳守でお願いします。）

２．貴機関の事務手続上、「出張依頼」を必要とする場合は、熱研支援課（下記の【問い合わせ先】）まで、お願いします。

３．「所属長」とは、学部又は研究所に所属している教員にあっては、学部長又は研究所長を、単科大学に所属している教員にあっては学長を、大学院生にあっては所属研究科長を、その他国立研究機関に所属している研究者にあっては所属機関の長をいいます。

４．「級号俸」欄は国立（公立）機関の職員の方のみ記入いただくと共に、事務部担当係に確認のうえ、記入されるようお願いします。

５．「出張期間」は、本研究所から旅費の支給を受けて実際に旅行する期間を記入してください。

【問い合わせ先】

〒８５２－８５２３　長崎市坂本１丁目１２番４号

長崎大学熱帯医学研究支援課

TEL　０９５－８１９－７８１６

FAX　０９５－８１９－７８０５