

※ 整理番号 (センターで記入)	
---------------------	--

北海道大学触媒化学研究センター共同利用・共同研究申請書

平成 年 月 日

北海道大学触媒化学研究センター長 殿

代表者氏名 (フリガナ)

所属機関

職 名

連絡先 〒

電話:

電子メール:

公募区分	被災研究者支援		
研究期間	平成 2 3 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
来所予定期間	月 日 ~ 月 日 (日間)	月 日 ~ 月 日 (日間)	計 回
	月 日 ~ 月 日 (日間)	月 日 ~ 月 日 (日間)	
	月 日 ~ 月 日 (日間)	月 日 ~ 月 日 (日間)	
研究課題			

研究組織

※該当する方を○で囲むこと	職 名・氏 名 (フリガナ) ※大学院生は学年まで記載すること。	所 属 ※省略せず正式名称を記載すること (部局等名も記載)	役割分担
(研究代表者)			
(研究分担者) 受入希望教員		北海道大学触媒化学研究センター	
(研究分担者・研究協力者)			
(研究分担者・研究協力者)			
(研究分担者・研究協力者)			

注) 大学院生は研究協力者としてください。学部学生を含めることはできません。

用紙が不足する場合には、適宜追加のうえ記入してください。

別紙様式 1

(1) 研究の目的

(2) 実施計画・方法

- ・センターの使用予定装置があれば記述してください。

(3) 申請理由

- ・被災状況等について記述してください。