

※ 整理番号 (研究所で記入)	
--------------------	--

北海道大学触媒科学研究所共同利用・共同研究申請書兼  
共同利用・共同研究員申請書 (届出型)

年 月 日

北海道大学触媒科学研究所長 殿

所属機関

職 名

氏名 (フリガナ)

年 齢 区 分 (該当するもの選択: Y・M・S) (\*1)

連 絡 先

電話:

電子メール:

区分	届出型	
研究期間	□ ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
研究課題	和文	
	英文	
受入教員		

(1) 目的・研究概要

(2) 持ち込む薬品・物品、利用予定機器、安全対策

上記申請を受理・承認します。

令和 年 月 日

触媒科学研究所長

印

本研究の成果については、下記へご報告願います。

成果報告先 [director\\_rep@cat.hokudai.ac.jp](mailto:director_rep@cat.hokudai.ac.jp)

成果を公表される際は、論文等における謝辞の記載をお願いします。

\*1 “Y” (≦35歳), “M” (36~39歳), “S” (≧40歳)。2021年3月31日現在の年齢で記載してください。

注) 必要な場合は、適宜枠を変更してください。