

平成29年度 高知大学海洋コア総合研究センター

共同利用・共同研究課題申請書・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 _____ E-mail _____

※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。

【 前期 後期 】 ※前期及び後期を申請する場合は両方に印をつけて下さい。

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

【 有 無 】 ※現在及び過去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"/> 国際深海科学掘削計画 (IODP) および国際陸上科学掘削計画 (ICDP) に関する地球掘削科学に関する研究 <input type="checkbox"/> IODP/ICDP 以外の地球掘削科学に関する研究 <input type="checkbox"/> 地球惑星科学に関する研究 <input type="checkbox"/> 海底エネルギー・鉱物資源に関する研究 <input type="checkbox"/> 地球惑星科学・生命科学など分野横断型研究 ※5つのうち1つを選択して下さい。 | | | | | IODP 特別支援希望の有無 |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 研究課題 | | | | | | |
| 分析する試料 (航海名や採取地等の情報も記載してください。) | 物質名 | 形態 (形状) | 試料数 | 所有者 | 所有者の使用許諾 | 法令等の遵守の義務 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり ※法令等の遵守の義務確認のため、いずれかを選択してください。(公募要領3頁7参照) |
| 試料の一時保管 | 試料の一時保管希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記記入) | | | | | |
| | 理由： 申請期間終了後所有権を譲渡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |

| | | | |
|-------|----|------------------|------------------|
| 様式1-1 | 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 (継続の場合は、従来の成果・経過に言及すること。) | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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。 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。 注3) 異動が生じた場合は速やかに報告して下さい。 | | | | | | | |

| | | | |
|-------|----|---------------------------------|---------------------------------|
| 様式1-2 | 氏名 | 受付番号 <small>※センター記載欄</small> | 採択番号 <small>※センター記載欄</small> |
|-------|----|---------------------------------|---------------------------------|

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|------|------------|------------|------|
| 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。 | | | | | | |
| 利用実験室 | | | | | | | |
| 利用機器 「様式1-4」 ※1~4を厳守のこと | 機器名 | 研究実施予定期間 ※利用希望時期と日数を機器別に記入して下さい | | | 操作の 可不可 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| コアスクール参加経験 | <input type="checkbox"/> コア解析基礎コース <input type="checkbox"/> コア同位体分析コース <input type="checkbox"/> 古地磁気コース <input type="checkbox"/> 参加経験なし <input type="checkbox"/> その他のコース（ コース） | | | | | | |
| 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） | | | | | | |
| 国際規制物資、密封状放射性物質及び毒物・劇物等薬品を持ち込む場合の安全に関する記述、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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | |
|-------|----|------------------|------------------|
| 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>過去の共同利用・共同研究課題のうち、関連する利用実績（直近4件まで）</p> | <p><input type="checkbox"/> 有 採択番号／研究課題</p> <p>1. _____ / _____</p> <p>2. _____ / _____</p> <p>3. _____ / _____</p> <p>4. _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> |
| <p>これまでの利用実績に係る成果物について記載</p> | <p>成果物について (原著論文発表、レビュー等原著論文以外による発表、口頭発表、卒業論文・修士論文・博士論文等)</p> <p><input type="checkbox"/> 報告済</p> <p><input type="checkbox"/> 現時点で該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 未報告の成果を本申請とともに<u>研究成果登録フォーム</u>により報告します。</p> |
| <p>センター受入担当者</p> <p>※1 主要設備一覧掲載の「機器担当者」（コアセンター教員）を参照して記載</p> | <p>① <u>RI・X線分析装置を利用する際</u>の当センター機器担当者について記入下さい。</p> <p>氏名 _____</p> <p>② 上記以外の装置を利用する際の当センター機器担当者について記入下さい。</p> <p>氏名 _____</p> <p>※2 <u>申請に当たっては、センター機器担当者と事前に打合せを行って下さい。</u></p> <p>※3 <u>特に RI・X線分析装置の使用を希望する場合には、該当機器担当者と十分に事前打合せを行って下さい。</u></p> <p>※4 <u>X線分析装置を使用希望で事前打ち合わせの結果、申請者もしくは分担者自身が操作することになった場合は、所属機関での放射線業務従事者登録を証明する書類を提出してください。</u></p> |

| | | | |
|-------|----|------------------|------------------|
| 様式1-4 | 氏名 | 受付番号 ※センター記載欄 | 採択番号 ※センター記載欄 |
|-------|----|------------------|------------------|