**日中笹川医学奨学金項目研究計画同意書（共同研究型）**

**中日笹川医学奖学金项目研究计划同意书（共同研究型）**

1. **個人情報(个人信息)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名(姓名) | 簡体字(汉字) | 姓 |  | 名 |  | |
|  | ﾋﾟﾝ音(汉语拼音) | 姓 |  | 名 |  | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日(生日) | | 19  年  月  日 | |
| 単位名称(单位名) |  | | | | | |
| 部署名(科室名) |  | | | | 役職(职称) | |

**二.具体的な共同研究計画及び受け入れ同意書**

**（共同研究具体计划及同意接收函）**

日本側共同研究者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関名(日方研究单位) |  | |
| 部署名(所属科室) |  | |
| パートナー氏名(合作者姓名) |  | 役職(职务) |

1. **申請者は英語で研究テーマ、研究内容、研究日程、期待される成果を記入してください**

**请申请者用英语填写研究题目、研究内容、研究日程安排、期望取得的研究成果**

|  |
| --- |
| **研究テーマ（研究题目）：**  **研究内容：**  **研究日程：**  **期待される研究成果（期望取得的研究成果）：** |

**（二）.日本側パートナーは英語で申請者を共同研究者として受け入れるかどうかの明確なご意見をお願いします。（请日方合作者明确提出是否接受申请者）**

|  |
| --- |
| 所属機関：  部署・役職：  E-mail:  日本側パートナーの署名  （日方合作者签名）  2018年 月 日 |