|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 学部長印  病院長印 |
|  |

令和 　　年　　月　　日

**共同研究契約変更承認申請書**

福岡大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究代表者  （甲） | 所　　属 |  | |
| 資格 |  | |
| 氏名 |  | ㊞ |
|  | | | |
| 研究機関名  （乙） | 機 関 名 |  | |
| 職　　名 |  | |
| 氏名 |  | ㊞ |

令和　　年　 月　 日付けで締結した研究契約について、下記のとおり変更を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研 究 番 号： |  |
| 1. 研 究 課 題： |  |

3. 変 更 内 容： ※変更箇所のみ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1）研究期間 | 変更前 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 変更後 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （2）研究経費 | 変更前 | ○○○○円 |
| 変更後 | ○○○○円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （3）そ の 他 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

4.　変 更 理 由：

|  |
| --- |
|  |

＜担当者連絡先＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 〒　　　－ | | |
| 機関名 |  | 所属 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |