**2021年度「研究活動とライフイベントの両立のための補助人材支援（半年型後期）」申請書**

令和　　年　　月　　日

人材育成本部ダイバーシティ研究環境推進室長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請者**  **（対象者本人）** | | ふりがな | |
| 氏名 | |
| 所属： | | | 職名： |
| 連絡先 | 電話番号： | | |
| メールアドレス： | | |

**申請者は申請に必要なオンライン面談を行いました 　　はい　・　いいえ**

**所属する研究室等の長による確認欄**

所属：

職名：

氏名：

(記名押印または署名)

下記により，支援を申請しますので承認願います。

※支援対象者が研究室代表ではない助教，講師，准教授（特任含む）の場合，所属する研究室等の長の確認が必要です。

※必ずしも申請者全員に希望通りの支援が可能なわけではないことをご了承ください。

**１．希望する支援と状況詳細**

希望する支援の（A）～（D）のいずれかに必要事項を記入してください。共通項目については当てはまるものに記載してください。

**（A）産休・育休への支援**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 産前・産後休暇取得 | 出産予定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 育児休業取得 | 予定期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日から  　　　　　　年　　　月　　　日まで |

**（B）母性保護の支援**

義務付けられている健康診断の内、該当するものにチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 出産予定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| * 有機溶剤健康診断 * 特定化学物質健康診断 * 電離放射線健康診断 | |

**（C）介護中の支援**

要介護者、あるいは申請者が主としてサポートしている闘病中の家族について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 |  |
| 申請者との関係 |  |

**（D）育児中の支援**

小学１年生以下のお子さん全員の生年月日を記載してください。名前は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |

**（A・B・D共通）パートナーの状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 配偶者・パートナーとの同居 | 有　　・　　無 |
| 本人とパートナーのみで育児を行っている場合 | パートナーの勤務先名称 |

**（A・B・C・D共通）**

|  |
| --- |
| 状況の詳細と支援が必要な理由を記載してください。 |
| 補助者の業務によって創出される研究者自身の研究時間の見込み |

**２．補助人材について**

希望する補助人材支援はどちらですか。

* 雇用人材費の支援　　　⇒この後の項目全てを記入
* ダイバーシティ研究環境推進室より業務補助者派遣　　　⇒（２－1～3）のみ記入

**（２－１）本支援による補助者を必要とする期間の見込み**

月　　日　～　　月　　日

**（２－２）補助人材の業務内容**

業務の詳細，対象者の研究活動における位置づけなどを記入してください。

例）実験補助（要する技能についても記載）　実験準備　動物管理　動物実験補助　データ入力/整理　データ分析/解析補助　情報検索・収集

**（２－３）補助者の勤務時間の見込み**

・雇用人材費の支援の場合、予定している雇用のスケジュールを記入してください。

・業務補助者派遣の場合、希望する日時を記入してください。（上限は週に3時間）

例）毎週〇曜日 〇時～〇時，1日あたり〇時間　等

**（２－４）本支援以外に補助者を雇用する財源**

**有　　・　　無**

有の場合予定される財源名：

**（２－５）補助者の雇用形態**※該当する選択肢に○を付してください。

・技術補助員　　　　・短期支援員　　　・その他（　　　　　　　　　　）

**３．希望する支援金額**

金額　　　　　　　　円

※　業務補助者派遣を希望する場合，金額の記入は必要ありません。

以上