キャリアアシスタント制度　利用希望　申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （かな）申請者氏名 |  | 申請日:H　　年　　月　　日 |
| 所属・役職 |  | 研究者番号: |
| 学内連絡先 | 内線番号： | E-mail: |
| 申請の理由 | 【妊娠】（　　　か月・　　　月出産予定）【育児】（子の年齢：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【介護】（誰が：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　状況（概要）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【その他】（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| キャリアアシスタントに依頼する作業内容（箇条書きでなるべくわかりやすく）　　　＜注意事項＞　事故・怪我を防ぐため、危険作業は除くこと。研究活動に無関係な事務作業は除くこと。　作業場所は、労災等の都合から原則として構内に限る。 |
| 作業希望の曜日と時間　（1日6時間以内を原則とする　※）　　　 |
| キャリアアシスタントに求める能力、スキルなど |
| キャリアアシスタントに対しての注意点、禁止事項など（白衣着用必須、使用する物質や薬品などへのアレルギー（ラテックス・動物毛等）の確認等） |
| その他、希望等 |

※年度内予算と申請者数の状況により、今期の利用可能な作業時間の上限が変更になることがあります。

|  |
| --- |
| 男女共同参画推進室長印orサイン |
| 承認No.（年-期-追番）-　 　- |

【審査の記録】（男女共同参画推進室にて記入）

　　今期審査した結果、本申請者を[ 承認する ・ 承認しない ]

 承認しない場合（理由　　　　　　　　　　　　　　 ）