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】（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

ご希望されるものに○をつけてください。

キャリアアシスタント制度の（　新規　・　継続　）利用を希望します。

新規の方は、以下にお答えください。

|  |
| --- |
| 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に制限を設ける場合があります。

継続の方は、以下にお答えください。

|  |
| --- |
| （１） 現在のキャリアアシスタントの継続を希望しますか。  はい　　・　　いいえ  ※キャリアアシスタントは多くの学生などが体験できるよう、半期を目処に交代をお願いしていますが、事情により再任を希望する場合には、これを申し出ることができます。ただし、場合によっては、申し出が受領されないこともあります。 |

（１）で「いいえ」を選んだ方は、以下にお答えください。

（「はい」を選んだ方は以上です。追ってご連絡いたします。）

|  |
| --- |
| 新たな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に制限を設ける場合があります。

|  |
| --- |
| 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：　　　　　　　　　　　　　 ）