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 |  | | | コピーする書類 |
| 【妊娠】　　　か月・　　　月出産予定 | | | 母子手帳 |
| 【育児】子の年齢： | | | 健康保険証 |
| 【介護】誰が：  　　　　状況（概要）： | | | 介護度が  わかる書類 |
| 【その他】 | | | |
| 申請内容 | 希望されるものにチェックを付けてください。  □　新規利用希望　⇒下の欄にご記入ください。  □　継続利用希望　⇒2ページに移り、ご記入ください。 | | | |

※申請書類とともに、妊娠、子どもの年齢、介護状況を証明できる書類のコピーを提出してください。

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 |

（「はい」を選んだ方は以上です。追ってご連絡いたします。）

（１）で「いいえ」を選んだ方は、以下にお答えください。

|  |
| --- |
| 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：　　　　　　　　　　　　　 ）