

(様式1)

障害者対策総合研究推進事業(身体・知的等障害分野)
外国人研究者招へい事業

招 へ い 申 請 書

平成 年 月 日

公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会
会 長 金 田 一 郎 殿

申 請 者 (研 究 代 表 者)

氏 名 _____ 印

所 属 機 関 _____

職 名 _____

所 属 機 関 所 在 地 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

Email: _____

研 究 課 題 _____

障害者対策総合研究推進事業における外国人研究者招へいについて、下記の通り申請します。

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|
| 招 へ い を 希 望 す る 外 国 人 研 究 者 | 氏 名 | (カタカナ) (外国語) |
| | 所 属 機 関 及 び 職 名 | (日本語) (外国語) |
| | 研究分野 | |
| 受 入 先 研 究 者 ・ 研 究 機 関 名 等 | | |
| 受 入 先 研 究 者 氏 名 と 職 名 | | |
| 研 究 機 関 名 及 び 所 在 地 | TEL: Email: | FAX: |

| | | | |
|--|-----|----------------------------|--|
| 招へい期間（当該年度内で、出発から帰国までの期間） | | | |
| 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで（ 日間） | | | |
| 招へいを希望する理由 | | | |
| | | | |
| 招へい期間が基準により難しい理由 | | | |
| | | | |
| 当協会以外への申請 | 有・無 | 有りの場合は その申請先の 名称と連絡先 | |

外国人研究者研究実績書

氏名 _____

平成 年 月 日作成

| | |
|--|--|
| <p>研究実績</p> <p>(著書、論文、 学会発表、その 他の研究活動等 を記入)</p> <p><u>記入例</u></p> <p>著者名、書名 (発表論文名・ 誌名、巻号)、 出版地、出版 者、出版年(西 暦)、総頁数(最 初と最後の頁) など</p> | |
|--|--|

(様式2)

障害者対策総合研究推進事業(身体・知的等障害分野)
外国人研究者招へい

研究計画書

招へい者氏名 _____

平成 年 月 日作成

外国人研究者と共同で行う研究計画
(障害者対策総合研究における研究代表者の研究課題との関連についても併せて記入すること)
(なお、滞在期間中の活動内容を明示する予定表を添付して下さい)

(別添)

滞在期間中の研究活動予定表

[受入先機関（施設）においてのみ研究活動を行う場合も、この予定表を提出してください。]

| 月 日 | 研究打合せ等の場所 | 研究打合せ等の内容 | 研究打合せ者 |
|-----|-----------|-----------|--------|
| | | | |

(様式3)

障害者対策総合研究推進事業(身体・知的等障害分野)
外国人研究者招へい事業

受入承諾書

(受入機関用)

平成 年 月 日

公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会
会長 金田 一郎 殿

(所属機関の長)

氏 名 _____ 印

所属機関 _____

職 名 _____

所属機関所在地 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

Email: _____

障害者対策総合研究推進事業における外国人研究者招へい事業によって、
下記の研究者が招へいされた場合は、当機関において受け入れることを承諾します。

| 外国人研究者・受入先機関名等 | |
|---------------------|--|
| 外国人研究者 氏名と職名 | |
| 受入先機関名 及び 所在地 | TEL: _____ FAX: _____ Email: _____ |
| 受入期間 | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (日間) |

8. Mailing Contact / Correspondence of Present Employment and your position

_____ Phone No.: _____

Fax (if any) No.: _____

E-mail (if any): _____

9. Present Home Address

_____ Phone No.: _____

Fax (if any) No. : _____

E-mail (if any): _____

10. Contact Person in Case of Emergency

Name in Full: _____ Relationship: _____

Address : _____

_____ Phone No. : _____

4. Experience(s) of your Research

5. List any significant thesis / paper(s) you have written

6. Duration Period Available

From: _____ To: _____

I certify that the above statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge. I understand that any false statement and/or omission made on my Personal History Form or other documents requested by this application is liable to termination or dismissal.

Date: _____ Signature: _____

(様式6)

障害者対策総合研究推進事業(身体・知的等障害分野)
外国人研究者招へい事業

来日旅行行程調書

1. 外国人研究者氏名・連絡先

氏名

外国の連絡先(TEL)
(FAX)
(E-mail)

2. 旅行日程

往路

1) 本国出発年月日 平成 年 月 日

出発地 (国名)
〔経由地 (国名)〕

2) 日本到着年月日 平成 年 月 日

到着空港 空港

3) 到着空港から受入機関まで
A. 乗用自動車

B. 鉄道、JR新幹線 駅から 駅まで
線 駅から 駅まで

C. 国内線空路 空港から 空港まで

復路

1) 日本出発年月日 平成 年 月 日

出発空港 空港

2) 本国到着年月日 平成 年 月 日

到着地 (国名)
〔経由地 (国名)〕

招へい申請者氏名

印