年　　　月　　　日

新潟医療福祉大学長　殿

公的研究費謝金支払申請書兼用務者誓約書

所　　属　　　　 　 　　　 　　　　　職　　名

氏　　名

研究種目　　　　　　　　 　　 　　　□代表 □分担（代表者名）

課題番号

上記公的研究費による研究遂行にあたり、下記の者に裏面の通り謝金の支払いをしたいので申請します。

※以下について周知を行い誓約させた後、用務の開始を依頼してください。周知が十分でない場合又は誓約しない場合は用務の開始を依頼しないでください。

[用務者誓約]

私は公的研究費が国民の貴重な税金で賄われていることを認識し、上記研究者の依頼を受け、別紙の通りに業務を遂行し、実態に伴わない謝金を受領しない等不正を行わないことを誓約いたします。また、不正と思われる事実を発見した場合等は、担当部署に届け出ます。

[個人情報非開示誓約]

私は、業務上知り得た個人情報及び非公開情報について、業務中ならびに業務完了後において、他への開示あるいは漏洩または目的外使用、業務外の複製等を行わず、不要になった際は研究者の指示に従い速やかに返却又は廃棄をいたします。

万が一、紛失、漏洩等の疑いが生じた場合は速やかに報告するものとし、個人情報保護規程等の違背が判明した際は、賠償責任を課せられても異議ありません。

〔用務者・自署〕

所　　属

住　　所

|  |  |
| --- | --- |
| 研究支援課長 | 所属長 |
|  |  |

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自著）

用務の予定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予定する期間（時間） | 場所 | 内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

用務・成果の内容

成果に対する対価の額　　　　　　 　　　円

【注意】

・この申請書（誓約書）は公的研究費の遂行において謝金の支払いが必要になった時に暦月ごとに作成し、原則として１週間前までに提出してください。

・支払は振込となります。

【連絡先】

新潟医療福祉大学　事務局総務部総務課、研究支援課、経理部

新潟県新潟市北区島見町１３９８番地

電話：０２５－２５７－４４５５　　ＦＡＸ：０２５－２５７－４４５６

通報窓口

新潟県新潟市中央区東堀通１－４９４－３　　メール：tsuuho@nuhw.ac.jp

[事務局使用欄]

 　　　　　　　　　年　　　月　　　日

* 承認→本申請書写しを研究者に渡す
* 却下
* （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

→原本を研究者に返却する

記入者：