

## 公表計画審査申請書

福井大学医学部長 殿

申請者

所 属

職 名

氏 名

印

申請者の所属講座各領域又は診療科等の長の承認

所 属

職 名

氏 名

印

実施計画審査結果通知年月日・番号 ; 平成 年 月 日 第 号

課 題 名 ;

主任研究者名 ;

上記の課題のもとに実施された研究等の成果について、下記のとおり公表を予定していますので、審査を申請します。

### 記

1 公表の方法，時期及び機関又は場所

(1) 公表の方法

(2) 公表の時期

(3) 公表の機関又は場所

(4) その他

2 公表内容の概要（公表内容を含む原稿又はそれに準ずる資料を添付すること。）