申請番号

2020年度社会神経科学研究拠点研究会開催支援申請書

　　年　　月　　日

社会神経科学研究拠点

　　　　　　　　　　 拠点長　殿

提案代表者：

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　（印）

所属・職名

連絡先住所　〒　　　-

　　　　　　 　　TEL:

 Email:

研究会名：

受入担当教員名：　　　　　　　　　　　　　　　　（印）

開催期日：　　　　　年　　月　　日（　）　　　　時　〜　　　　年　　月　　日（　）　　　時

開催場所（会議室名まで記載。予定の場合は予定と記載）：

参加予定人数：　　　　　　　　　　　　名

研究会提案メンバー

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **氏　　名** | **所属（大学、学部、研究科）** | **職　名** |
| **提案代表者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |
| **共同提案者** |  |  |  |

**開催を希望する理由**

**これまでの開催実績（新規の場合は記載不要）**

第　　　　号

　　　年　　　月　　　日

玉川大学脳科学研究所

社会神経科学研究拠点　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　職名　　　　　　　　　　　　　　　職印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

2020年度研究会開催支援の公募について（申請）

玉川大学脳科学研究所「社会神経科学研究拠点」に

下記の者が別紙のとおり申し込みますので、よろしくお取り計らい願います。

記

提案代表者

氏名：

所属・職名：

研究会名