（経理様式Ｂ－３）

令和　年　月　日

プロジェクト番号：

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所

理事長　殿

合算使用届出書【研究機器】

（契約者）

機関名

所属 役職

氏名

他の研究費との合算による研究機器の調達について、以下の通り届出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名  プログラム名 |  |
| 研究開発プロジェクト名 |  |

１．研究機器名：（品名・規格・数量）

設置場所：

２．金額 ○○○円

（うち、NIBIOHN委託研究開発費による負担割合　　　％）

３．研究機器の使用者並びに充当する経費及び負担割合

別添「研究機器の利用及び経費負担計画」のとおり

４．必要理由

（研究機器の使用目的及び合算購入が必要な理由）

５．負担割合算出根拠

（按分の考え方、購入後の管理方法などについて具体的に記載）

６．研究開発担当者の他機関移籍時の取扱い

（特に複数の研究者の資金を合算する場合は、必ず事前に移籍時の取扱いについて機関事務局を交えた当事者間で協議し、その結果を具体的に記載してください。また、現時点におけるNIBIOHN研究開発期間中の移籍の可能性の有無についても記載してください。）

（経理様式Ｂ－３別添）

研究機器の利用及び経費負担計画

研究機器名：○○○○システム（△△△△－△△△）一式

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機器使用者  (研究開発担当者)  所属 役職 氏名 | 配分機関  外部資金もしくは自機関財源の別（括弧内は事業名、資金名等） | 研究期間 | 資金種別  （委託費・寄付金・補助金等） | 負担  割合 | 機器の所有権  （自機関もしくは  配分機関） | 合算要件クリア  （配分機関の了解） |
| ●●大学  ○○研究科　教授  ■■　■■ | 医薬基盤・健康・栄養研究所  外部資金（事業名） | R●.4-  R●.3 | 委託費 | ○% | ●●大学 | － |
| ●●大学  ○○研究科　教授  ■■　■■ | 科学研究費補助金 | R●.4-  R●.3 | 補助金 | ○% | ●●大学 | 合算要件を満たしていることを学内事務局に確認済み |
|  |  |  |  |  |  |  |

（留意点）

※機器使用者は、合算する資金の配分を受けている研究者となります。（例：NIBIOHNであれば研究開発責任者、科研費であれば補助事業者）

※NIBIOHNの研究開発責任者が他機関へ移籍となる場合でも当該研究推進に影響が出ないよう（引き続き利用出来るよう）、所属機関の物品管理担当者に確認の上、機器使用者間で協議の上、事前に取り決めてください。

※他の資金の合算要件を満たしているか確認の上（必要に応じて配分元機関にも相談の上）、申請してください。

※負担割合は、使用実績等合理的に説明し得る割合に基づき区分してください。