

岐阜大学外国人研究者受入れ規程

平成19年10月1日

規程第59号

(趣旨)

第1条 岐阜大学(以下「本学」という。)における外国人研究者の受入れについては、学術研究の国際交流を推進することを目的とし、外国人研究者の受入れに関し必要な事項は、この規程の定めるところによる。

(定義)

第2条 この規程における用語の意義は、次のとおりとする。

- 一 「外国人研究者」とは、本学において、本学の専任の教育職員と共同して研究に従事する外国人(日本国籍を有しない者をいう。)の研究者をいう。
- 二 「部局等」とは、各学部、各研究科、岐阜大学学則(以下「学則」という。)第9条の2から第11条までに掲げる組織、医学部附属病院、研究推進・社会連携機構及びグローバル推進機構をいう。
- 三 「部局等の長」とは、前号に規定する部局等の長をいう。

(資格)

第3条 受け入れることのできる外国人研究者は、次の各号に該当する者(国立大学法人岐阜大学外国人研究員の契約に関する規程第2条の規定に基づく者を除く。)とする。

- 一 本学の専任の教育職員と同等以上の資格があると認められる者
- 二 原則として1月以上にわたり、本学で研究に従事する者

(受入れ)

第4条 部局等の長は、外国人研究者を受け入れようとするときは、当該部局等の教授会(研究科にあつてはその研究科委員会、学則第9条の2から第11条まで及び第14条から第14条の3までに規定するセンター又は機構にあつてはその運営委員会、医学部附属病院にあつては科長会議)の意見を聴くものとする。

- 2 外国人研究者の受入れの決定は、部局等の長の専決とする。
- 3 部局等の長は、外国人研究者の受入れを行ったときは、速やかに外国人研究者調書(別紙様式第1号)を作成するとともに、外国人研究者から健康診断書(別紙様式第2号)を提出させなければならない。
- 4 部局等の長は、前項の外国人研究者調書に健康診断書の写しを添えて、国際を担当する理事(以下「担当理事」という。)に報告しなければならない。
- 5 担当理事は、健康診断書の写しを保健管理センター長に送付するものとする。

(契約書の締結)

第5条 学長は、前条の規定により受け入れる当該外国人研究者と別紙様式第3号による契約を締結するものとする。

(受入れ期間)

第6条 外国人研究者の受入れの期間は、原則として受入れを許可した日から1年以内とする。ただし、必要がある場合は、前2条の規定による手続を経て、その期間を延長することができる。

(研究の従事)

第7条 外国人研究者は、第5条に規定する契約書の定めるところにより研究に従事するものとする。

(施設等の利用)

第8条 外国人研究者は、本学の教育職員と共同して研究を遂行するために必要な本学の施設、設備等を利用することができる。

(共同研究報告書の提出)

第9条 外国人研究者を受け入れ、共同研究を行った教育職員は、外国人研究者の受入期間終了後1月以内に、別紙様式第4号による共同研究報告書を提出するものとする。

(雑則)

第10条 この規程に定めるもののほか、外国人研究者の受入れに関し必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この規程は、平成19年10月1日から施行する。
- 2 岐阜大学外国人研究者受入れ規則(平成16年岐阜大学規則第60号)は、廃止する。

附 則

この規程は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成23年1月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成24年8月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成27年6月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成31年4月1日から施行する。

外国人研究者調書

氏名	(フリガナ)	生年 月日	(西暦) 年 月 日 (歳)	
		国籍		男・女
本国における 所属機関・職名				
最終学歴				
学位				
職歴				
研究題目		に関する研究		
受入れ教員の 職・氏名		(内線：)		
研究期間		年 月 日～ 年 月 日		
在留資格 在留期間		研究 文化活動 短期滞在 その他 () ※該当するものを囲むか、その他に記入してください。 年 月 日～ 年 月 日		
渡航費・滞在費 の支給の有無		渡航費 滞在費		
備考		宿舎： 民間宿舎 国際交流会館 県・市営宿舎 家族形態： 単身 配偶者同伴 配偶者および子供同伴 ※該当するものを囲んでください。		

◎添付書類，研究業績

Attached Form 2 (Associated with No. 4 Item 3)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

Please fill out (PRINT/TYPE) in English.

Name: _____, _____
 Family name First name Middle name

Male

Female

Date of Birth: _____ / _____ / _____ (M/D/Y) Age: _____

1. Physical Examination

- (1) Height: _____ cm Weight: _____ kg
(2) Blood pressure: _____ ~ _____ mm/Hg Pulse: regular irregular
(3) Eyesight: Without glasses (R) (L) _____ With glasses or contact lenses (R) (L) _____
(4) Hearing: normal impaired Speech: normal impaired

2. Please describe the results of physical and chest X-rays examinations of the applicant's.

No more than 6 months prior to this certification are valid.



Lungs: normal impaired
Heart: normal impaired → Electrocardiograph: normal impaired

←Date _____ Describe the condition of applicant's lungs.
Film No. _____

3. Under medical treatment at present : No Yes → Conditions/particulars : _____

Physical disability : No Yes → Conditions/particulars : _____

4. Past history : Please indicate with + or -.

Tuberculosis : () Malaria : () Other infectious disease : ()
Epilepsy : () Kidney disease : () Heart disease : ()
Diabetes mellitus : () Drug allergy : () Psychosis : ()
Others : _____ , _____

5. Urinalysis : glucose () protein ()

6. Status of immunization

Chicken Pox/Varicella : Proof of immunity will mean two doses of varicella vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Varicella : Yes _____ No _____ Date : _____ / _____ / _____
Immunization : Date 1: _____ / _____ / _____ Date 2: _____ / _____ / _____
Titer : Date: _____ / _____ / _____ Result: _____ (copy attached)

Rubella :Proof of immunity will mean one dose of the rubella vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Rubella : Yes _____ No _____ Date : _____ / _____ / _____
Immunization : Date: _____ / _____ / _____
Titer : Date: _____ / _____ / _____ Result: _____ (copy attached)

Measles :Proof of immunity will mean two doses of the measles vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Measles : Yes _____ No _____ Date : _____ / _____ / _____
Immunization : Date 1: _____ / _____ / _____ Date 2: _____ / _____ / _____
Titer : Date: _____ / _____ / _____ Result: _____ (copy attached)

Mumps :Proof of immunity will mean two doses of the measles vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Mumps : Yes _____ No _____ Date : _____ / _____ / _____
Immunization : Date 1: _____ / _____ / _____ Date 2: _____ / _____ / _____
Titer : Date: _____ / _____ / _____ Result: _____ (copy attached)

Pertussis (For field work activities) :Proof of immunity will mean documentation the Tdap vaccine(tetanus, diphtheria, pertussis), or a physician documented history of disease.

History of Pertussis : Yes _____ No _____ Date : _____ / _____ / _____
Immunization : Date: _____ / _____ / _____ (within 5 Years)

Hepatitis B (For medical activities) :Proof of immunity will mean Three doses of the hepatitis B vaccine, or a physician documented serologic evidence of immunity.

Immunization : Date 1: _____ / _____ / _____ Date 2: _____ / _____ / _____ Date 3: _____ / _____ / _____
Titer : Date: _____ / _____ / _____ Result: _____ (copy attached)

7. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue activities in Japan?

YES NO

8. Particulars or additional comments. If he/she needs special supports, please describe in detail.

Signature : _____ Date : _____

Physician's Name (Print) : _____

Office/Institution : _____

Address : _____

Phone : _____ Fax : _____

E-mail address : _____

6. 予防接種歴

水痘：水痘ワクチン2回接種歴、水痘罹患歴か水痘抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

水痘罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____

予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____

抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____ (複写を添付のこと)

風疹：風疹ワクチン2回接種歴、風疹罹患歴か風疹抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

風疹罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____

予防接種：接種日： _____ / _____ / _____

抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____ (複写を添付のこと)

麻疹：麻疹ワクチン接種歴、麻疹罹患歴か麻疹抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

麻疹罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____

予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____

抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____ (複写を添付のこと)

流行性耳下腺炎：流行性耳下腺炎ワクチン2回接種歴、流行性耳下腺炎罹患歴か流行性耳下腺炎抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

流行性耳下腺炎罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____

予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____

抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____ (複写を添付のこと)

破傷風(フィールド活動を行う場合)：破傷風ワクチン接種歴、または破傷風罹患のいずれかをもって抗体ありとみなす。

破傷風罹患：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____

予防接種：接種日： _____ / _____ / _____ (5年以内)

B型肝炎(医療活動を行う場合)：B型肝炎ワクチン3回接種歴、またはB型肝炎抗体価の医師による診断書をもって抗体ありとみなす。

予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____ 接種日3回目： _____ / _____ / _____

抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____ (複写を添付のこと)

7. 申請者の既往歴、診察・検査の結果から、現在の健康の状況は日本での大学生生活に耐えうるものと思われますか？

問題ない 支障あり

8. 特記すべき事項(特に支援が必要な場合は、具体的に明記して下さい)

医師氏名(自筆)： _____ 日付： _____

検査施設名： _____

所在地： _____

TEL： _____ FAX： _____

Eメール： _____

契 約 書

CONTRACT

岐阜大学長（以下「甲」という。）と（氏 名）（（所 属 機 関））（以下「乙」という。）は、甲が乙を岐阜大学における外国人研究者として受け入れることに関し、次のとおり契約を締結する。

The President of Gifu University (hereafter, *A*) accepts (Name of researcher) of (Sending university or organization) (hereafter, *B*) as a foreign researcher under the following terms:

第1条 甲は、乙を（ 年 月 日）から（ 年 月 日）まで岐阜大学外国人研究者として受け入れる。

Article 1 *A* accepts *B* as a foreign researcher from the dates of (Year / Month / Day) to (Year / Month / Day).

第2条 乙は、（部 局 等 名）において、「（研 究 課 題 名）」に関する研究に従事する。

Article 2 While sojourning at Gifu University, *B* will engage in research “(Objective of research)” under the (Name of institution) .

第3条 甲は、乙に給与、渡航費及び滞在費を支給しない。

Article 3 *A* will not furnish *B* with living allowance nor travel expenses during the period mentioned in Article 1.

第4条 甲は、乙が第1条の受入れ期間中に故意又は過失により被った傷病等については、その責任を負わない。

Article 4 *A* will not be responsible for any accident, illness, or any other matter whatsoever which *B* may undergo during the period of stay mentioned in Article 1.

第5条 乙は、岐阜大学の関係諸規則を守るものとする。

Article 5 *B* will comply with the rules and regulations of Gifu University.

第6条 甲又は乙は、第1条に定めた受入れ期間内であっても、一方の都合によりこの契約を解除することができる。

Article 6 This contract may be terminated by *A* or *B* anytime during the period mentioned in Article 1.

上記の契約の証として契約書2通を作成し、各1通を所持する。

One copy of the agreement document will be presented to each party.

年 月 日
Year Month Day

甲 岐 阜 大 学 長 （署名又は氏名・公印）

A: President of Gifu University

乙 外国人研究者（署名）

B: Foreign Researcher

（備考） 渡航費及び滞在費の全部又は一部を委任経理金により支給する場合は、第3条を「甲は、乙に（支給する事項）を支給する」、Article 3を「*A* will furnish *B* with (the expenses *A* will pay) during the period of stay in Gifu University mentioned in Article 1.」とする。

共同研究報告書

平成 年 月 日

1. 受入教員 氏名・所属・職名	
2. 外国人研究者 氏名・国籍	
3. 研究題目	
4. 研究期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (か月間)
5. 研究概要及び成果	