

年 月 日

愛知医療学院短期大学 研究費適正運営管理委員会 御中

異議申立てを行う者（通報者又は被通報者）

（所属）

（住所）

（氏名）

印

### 異 議 申 立 書

愛知医療学院短期大学における研究活動上の不正行為防止規程 第19条第2項に基づき、愛知医療学院短期大学が 年 月 日 により通報者（被通報者）に通知した調査委員会委員に関する事項について、下記のとおり異議申立てを行います。

#### 記

1 上記通知を受けた日（上記通知があったことを知った日） 年 月 日

2 異議申立ての趣旨

3 異議申立ての理由

4 添付書類（別添参照）

※異議申立てを行う者の身分を証明する書類の写しを添付すること。

#### 備考

1. 異議申立てを行うことができる期間は、上記通知を受けた日（上記通知があったことを知った日）から起算して7日以内とする。
2. 異議申立てを行う者が、法人その他社団・財団等の団体である場合は、所属の欄に異議申立てを行う団体の名称を、住所の欄に事務所の所在地及び代表者の住所の双方を、氏名の欄に代表者の氏名をそれぞれ記入し、代表者が捺印すること。
3. 異議申立ての趣旨及び異議申立ての理由の欄は、できるだけ詳細に記入することとし、この様式中に記入しきれない場合に限り「別紙参照」と記入した上で、別紙を用いて記入することができる。