（様式1　表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

**地域医療に関する研究助成　申請書**

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(グループは代表者) |  |  | 生年月日 | 年　齢 |
| ㊞　 | 西暦　　　年　　　　　月　　日 | 　　　歳 |
| 勤務先または研究機関名 |  | 役職名 |  |
| 所　在　地 | 〒 − TEL （ ）  |
| Ｅメール |  |
| 共同研究者(グループ) | 氏　名 | 所属 | 役職 | 氏　名 | 所属 | 役職 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究業績（本テーマと関連するものを中心に） | 申請者の主たる略歴 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推 薦 者 | 勤務先または研究機関名 |  | 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　)　　　　 |
| 職　名 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **※申請者が採択されました場合、研究期間終了後に提出頂く「使途および成果報告書に」にご署名ご捺印下さいますよう宜しくお願い申し上げます。** |

公益社団法人　医学振興銀杏会

 （様式1　裏）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

|  |
| --- |
| 　**研究テーマ** |
| **研究目的** |
| **研究計画・方法** |
| **本研究により期待される成果** |

公益社団法人　医学振興銀杏会