

公益財団法人小児医学研究振興財団
令和2年度 小児科領域全般研究助成金
交付申請書

令和2年 月 日

公益財団法人小児医学研究振興財団理事長殿

1. 交付申請額 万円

2. 申請者(主たる研究者)

氏名(フリガナ) 印
生年月日・年齢 昭和・平成 年 月 日 歳(令和2年12月31日現在)
所属機関・職名
所属機関所在地 〒
電話：
FAX：
E-mail：
自宅住所 〒
電話：
携帯：

3. 研究テーマ

助成対象研究課題該当番号 (応募要項 1 参照)

(研究概要)

(以下、各項目においてスペースが足りない場合は、次頁にわたっても可)

4. 推薦者

上記研究助成金交付申請者を推薦します。

推薦者 所属機関

役 職

氏 名

印

推薦事由

5.

(1)申請者の経歴(最終学歴及び卒業以降の経歴並びに取得学位を記入)

年	月	

(2)所属学会等

6.共同研究者

氏名

所属機関・役職

学位

7.この研究に要する総費用 万円

区分	所要額	積算内訳

8. 上記のうち助成金 万円の使途

区分	所要額	積算内訳

9. (1) この研究で他の機関への助成申請

研究機関等の名称

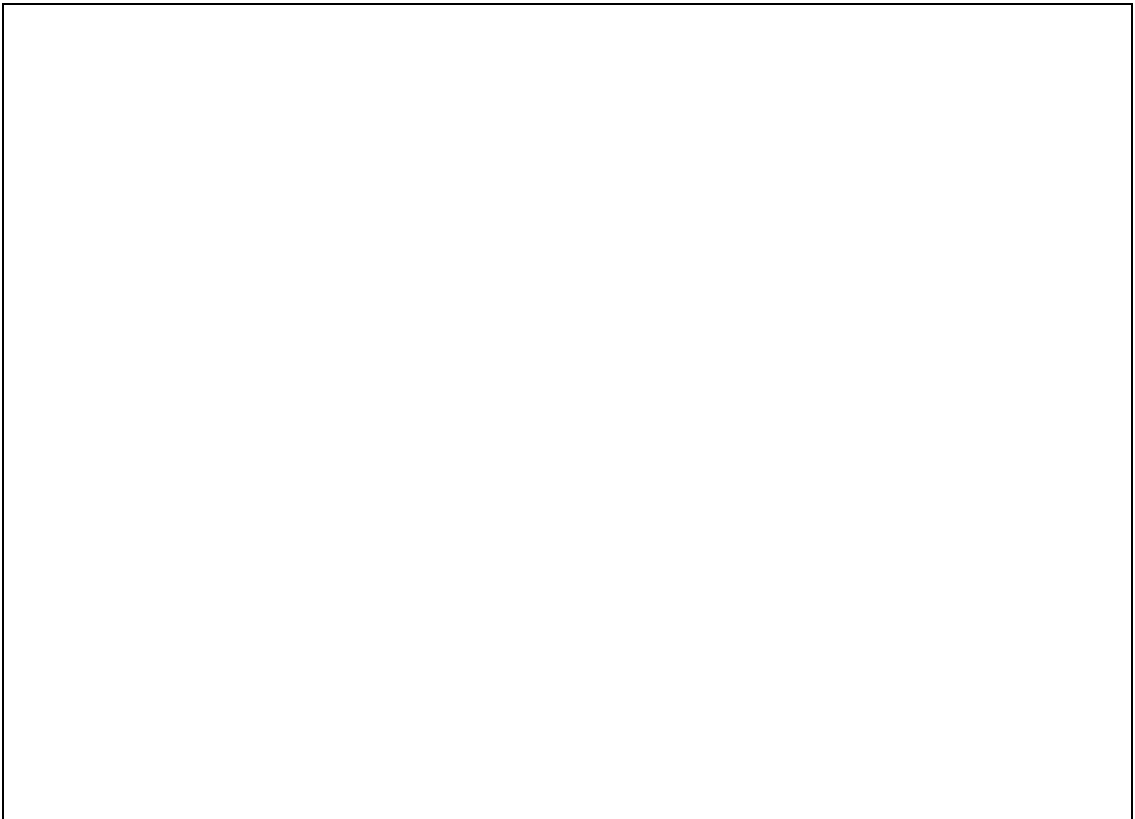
助成金の名称

(2) 当財団から研究助成金の受領実績

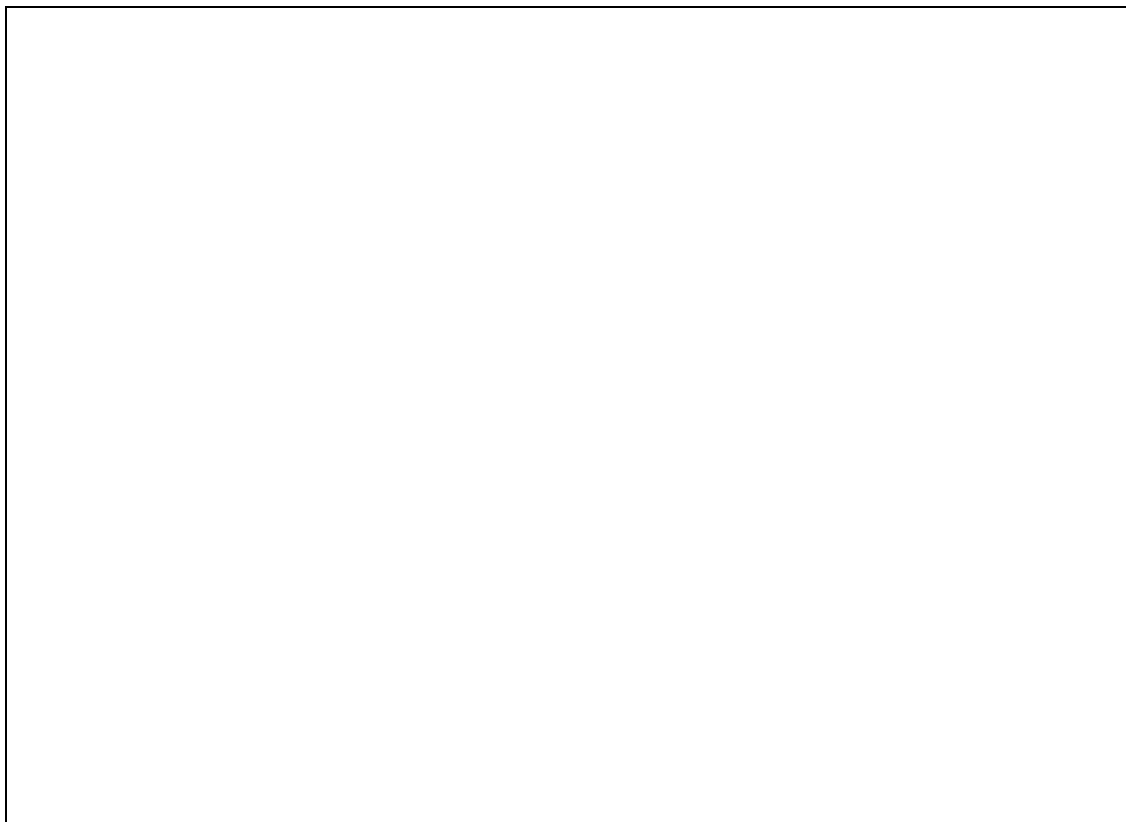
10. 研究の目的・動機



11. 研究実施計画の概要



12.この研究から期待される効果、研究の発展性、国内外における状況等



13.倫理的配慮

