

公益財団法人小児医学研究振興財団  
令和6年度 アサヒグループ食品 妊産婦・乳幼児・小児の栄養に関する研究助成金

令和6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6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

(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。  
但し、申請書が10頁を超えないこと。)

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
謝金		
旅費		
備品費		
消耗品費		
借料及び損料		
賃金		
委託費		

9. (1) この研究に関わる他の助成申請

助成金の名称・内容（金額など）を具体的に記載してください。

(2) 当財団からの研究助成金の受領実績

10. 経理事務担当者

氏名 :

連絡先 所属機関 :

部局・課名 :

TEL :

FAX :

Email :

事務委任の有無                      有 ・ 無

※間接経費（オーバーヘッド）の徴収は認めない。

間接経費の徴収が所属機関が助成金の管理を行う上の必須条件となっている場合には、例外的に助成金を申請者の個人口座に振り込むので、以下にその旨を申告すること。

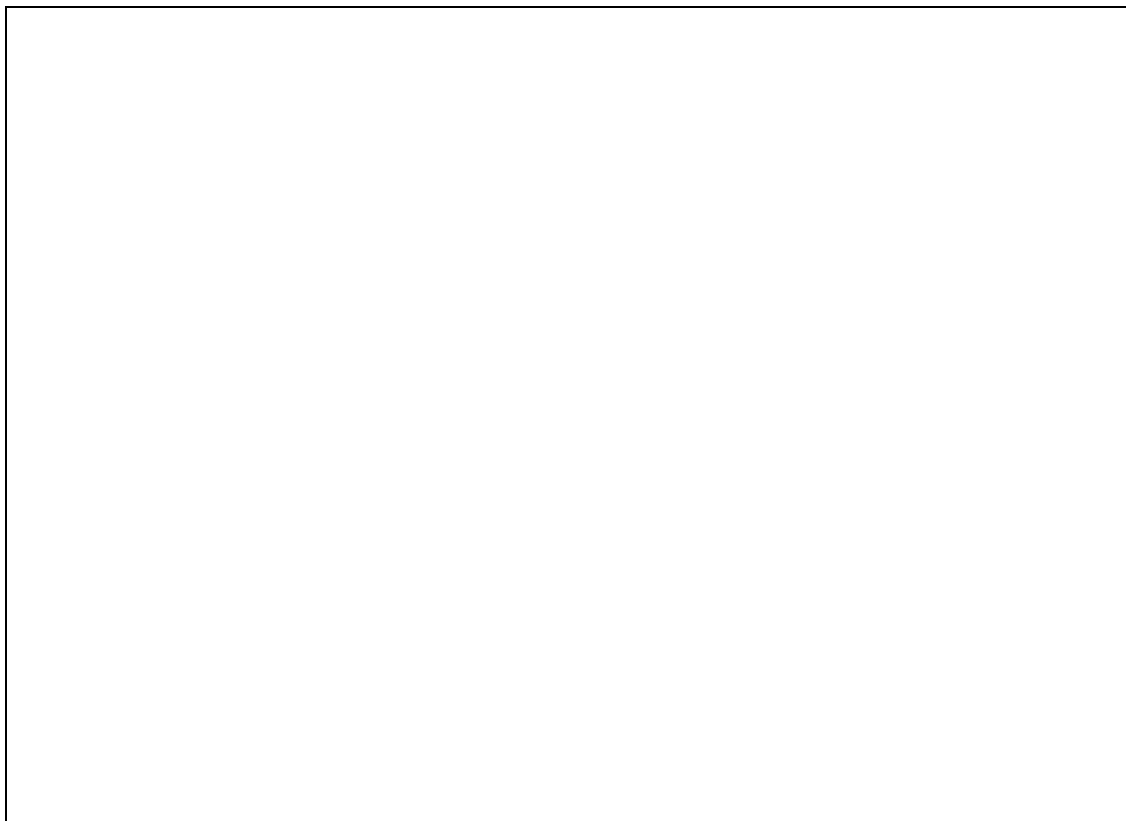
助成金を申請者の個人口座に振り込む必要がある場合の理由

--

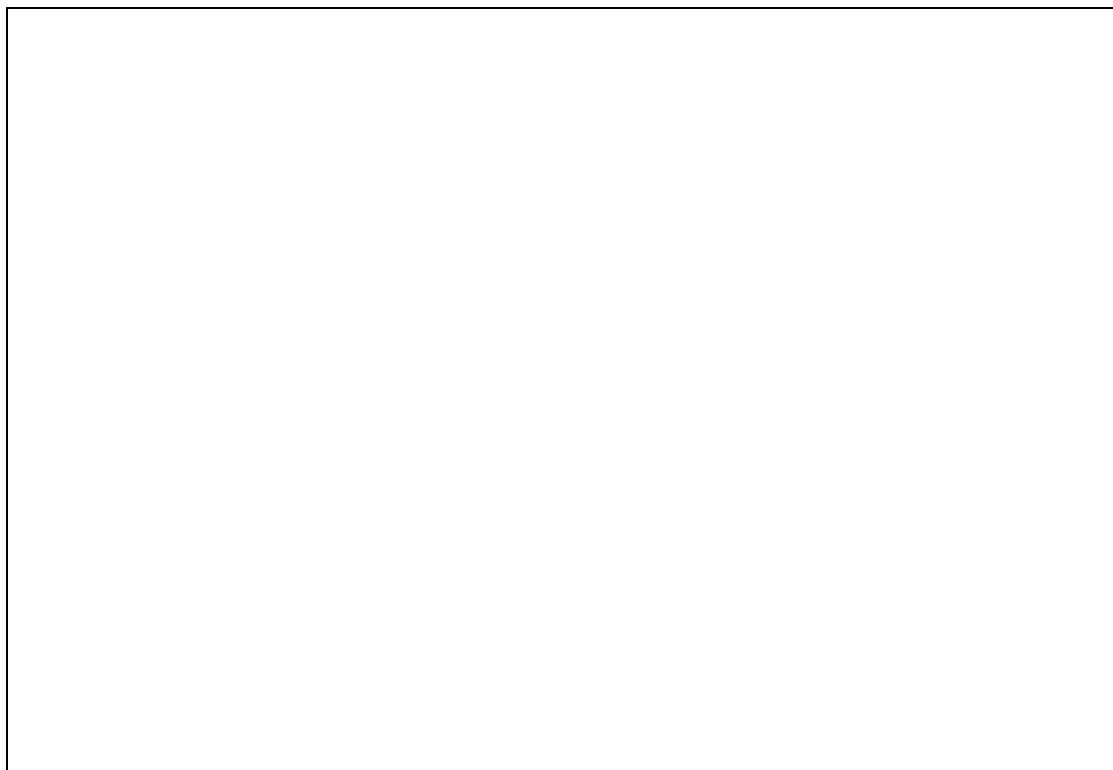
11. 研究の目的・動機

--

12. 研究実施計画の概要



13. 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



14. 倫理的配慮

