**日本病院総合診療医学会　研究助成金申請書**

西暦　　　　年　 　月　 　日

（社）日本病院総合診療医学会　御中

私は、日本病院総合診療医学会により助成金の給付を受けたく、下記の通り申請します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 　　印 |
|  申請者　氏名（研究代表者） |  |
|  生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 | 満　　　歳 |
|  所属機関名（研究機関） |  |
|  所属科 |  | 役職名 |  |
|  所在地 | 〒 |
|  電話番号 |  | （所属先番号の場合は内線） |
|  E-mail |  |
|  申請者の学歴等 |  医学部卒業からの学歴／職歴／その他研修について |
|  　　　　年卒 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |
|  年　月　日〜 |  |
|  年　月　日〜 |  |
| 　 年　月　日〜 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  研究テーマ | （日本語）　 （英語）　 （短縮）　  |
|  研究期間（予定） |  　　年　　月　　日〜　　　　年　　月　　日 まで 【※ 助成開始は助成申請審査決定より１年間 】 |
|  共同研究者 |  □　有　・　□　無　　　　（有の場合）　　　 　名 |
|  共同研究者 | 氏名 | 所属先 | 会員番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**研究背景と目的、研究計画・方法について**

●**研究背景**

●**研究目的**

**●研究計画・方法**

**●この研究から期待される成果**

**推薦の場合**

推薦者氏名【自署】　　　　　　　　　　　　　印

所属

被推薦者との関係

【推薦理由】

**助成金使途内訳（金額単位：円）**

この研究に要する総費用　合計　　　　　　　円

 当助成金の使途

|  |  |
| --- | --- |
| 項目【設備費/消耗品費/旅費/謝礼金/その他】　内訳 | 　金　額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**代表原著論文１０論文（なるべく本申請に関する論文）**

**その他、功績があれば記入**