

様式①

ENT M Dr. 浅野登&暉子基金 医学基礎研究助成事業 申込書

公益財団法人公益推進協会

西暦 年 月 日

研究者 (研究代表者)	所属・職名		氏名		
	生年月日 ・年齢	(年齢は2022年9月末現在で記入。)			
		西暦	年	月	日生 (歳)
研究の名称					
研究の概要					
申請金額	千円 (内訳は別紙の経費見込書のとおり)				
(共同研究を行う場合) 研究組織の体制	所属・職名	氏名	専門分野	役割分担	経費額
研究計画・方法等 ※研究期間(終了予定時期)を必ず明記してください。					
予定される研究の成果 (期待できる研究の質の向上又は地域振興の内容等)					
他の外部資金(科研費等)の申請の有無 ※研究内容を問わず、全ての申請状況を記載してください。	<p>【応募中の研究費】</p> <p>有(予定を含む。) 無</p> <p>↳(有の場合) 様式①別紙 (1)に詳細を記入してください。</p> <p>【採択されている研究費(実施中の研究費・実施予定の研究費)】</p> <p>有(予定を含む。) 無</p> <p>↳(有の場合) 様式①別紙 (2)に詳細を記入してください。</p>				

※様式①「申込書」は3枚以内にまとめてください

様式①別紙

研究費の応募・採択等の状況

(1) 応募中の研究費

資金制度・研究費名 (研究期間・配分機関等名)	研究名称	役割(代表・分担の別)	金額(千円)	研究内容の相違点及び他の研究費に加えて本助成事業に応募する理由

※行は必要に応じて追加してください。

(2) 採択されている研究費

資金制度・研究費名 (研究期間・配分機関等名)	研究名称	役割(代表・分担の別)	金額(千円)	研究内容の相違点及び他の研究費に加えて本助成事業に応募する理由

※行は必要に応じて追加してください。