

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	⑩
	生年月日 ・年齢	(年齢は2024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。	【応募中の研究費】 有(予定を含む。) 無 ↳(有の場合) 様式①別紙 (1)に詳細を記入してください。 【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)】 有(予定を含む。) 無 ↳(有の場合) 様式①別紙 (2)に詳細を記入してください。 ※研究期間が終了している研究費は記入対象外				

※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

※研究期間が終了している研究費は記載しないでください。

※行は必要に応じて追加してください。