

# 研究助成申請書

年 月 日

公益財団法人京都健康管理研究会理事長殿

フリガナ		
代表者氏名（申請者）	印	年 月 日生 男・女 歳
所属機関及び職名		
所属機関住所	〒	Tel
自宅住所	〒	Tel 携帯
連絡先：e-mail		

下記の通り貴財団の助成を申請します。

推薦者	氏 名	印
	所属・職名	
	電話番号	

研究課題（内容を具体的に示すように記入してください）

--

研究分担者（共同研究の場合のみ記入してください）

氏 名	所属・職名（現在の専門）	役 割 分 担

代表研究者の職歴・専門・役割分担等


(書式1-1)

研究計画の概要（それぞれ指定の項目に従って概要を記入してください）

(1) 研究目的及び必要性
(2) 研究の特色・独創的な点
(3) 研究方法

助成金の主な使用内訳

科 目	費 用	内 訳