

受付 _____

(財)金原一郎記念医学医療振興財団
研究出版助成金交付申請書

年 月 日

. 申請者に関する事項			
(フリガナ) 申請者氏名	印	昭和 年 月 日生	歳
所属機関名 (教室名迄)	役職 _____		
所属機関所在地	〒	電話 _____	
所属学会名			
自宅住所	〒	電話 _____	
学歴と職歴等			
共同研究者の有無	有	無	(有の場合は下欄にご記入下さい)
氏 _____ 名	所属機関名	氏 _____ 名	所属機関名

. 助成の対象となる研究出版に関する事項	
研究出版のテーマ (出版の言語にて ご記入ください)	
研究の目的、概要 その他	
原稿の完成予定	年 月
この研究に関する 他の助成機関への 申請の有無	有 無 (有の場合は下欄にご記入下さい)
	助成機関名
	助成金の種類
	助成金額

原稿枚数	・原稿用紙 ・A4判ダブルスペース	_____枚
本文内容種別	・モノクロ写真 ・モノクロ線画 ・カラー写真 ・カラー線画 ・表 ・判型 ・予定ページ数 ・予定印刷部数 ・予定定価（販売目的の場合）	_____枚 _____枚 _____枚 _____枚 _____枚 _____判 _____ページ _____部 _____円
総経費	金	_____万円
助成希望額	金	_____万円
<p>組版・製版・印刷・製本等について、既に印刷業者、出版社と話がある場合は、その経過説明と、必要に応じて、見積書・その他資料を添付して下さい。尚、目次は添付して下さい。</p>		