

公益財団法人金原一郎記念医学医療振興財団  
 基礎医学医療研究助成金交付申請書

年 月 日

I. 申請者に関する事項	
(フリガナ) 申請者氏名	印 (西暦) 年 月 日生 _____ 歳
所属機関名 (講座・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

Ⅱ. 助成の対象となる研究に関する事項

研 究 課 題	(和文)	
	(英文)	
研 究 課 題 の キ ー ・ ワ ー ド	(研究課題のキー・ワードを3つ程度ご記入下さい)	
研 究 の 目 的		

研究の概要と実行計画

この研究に 要する費用	<p style="text-align: right;">合計 _____ 円</p>	
助成金希望額	<p style="text-align: right;">_____ 円</p>	
この研究に関する 他の助成機関への 申請の有無	有                      無                      (複数ある場合はコピーを添付して下さい)	
	助成機関名	
	助成金の種類	
	助成金額	円
この研究に関する 申請者の発表論文 ①3年以内の論文を10 点まで。著名、題名、 雑誌名、巻号、頁、 年号等を詳細にご 記入下さい。 ②学会誌等の印刷物 に掲載されたもの、 又は現在印刷中の 論文に限ります。受 理されていない論 文は対象外です。 ③余白が足りない場 合はA4判用紙を補 充し、正(1通)副 (2通)各々に添付 して下さい。 ④別刷の添付は一切 不要です。		