

**公益財団法人金原一郎記念医学医療振興財団**  
**第1回生体の科学賞申請書**  
 (基礎医学医療研究助成金)

年 月 日 (西暦)

I. 申請者に関する事項			
フリガナ			(西暦) 年 月 日生
申請者氏名	印	____ 歳 (申請日満年齢)	
所属機関名 ※講座・教室名までご記入願います	____ 役職		
所属機関所在地	〒 電話 _____ e-mail _____ @ _____		
所属学会名			
自宅住所	〒 電話 _____ e-mail _____ @ _____		
学歴と職歴等  ※学歴は <u>大学の学部・学科</u> から記入してください  ※年号は <u>西暦</u> でお願いします			
共同研究者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (上記、いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印。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

- お願い：①記入は楷書・ブロックタイプでお願いします。  
 ②片面プリントでお願いします。  
 ③A4判に揃え、交付申請書3通(正1通, 副2通コピー可)を各々確実にゼムグリップで留めてください。ステーブルはご遠慮願います。  
 ④「フリガナ」「捺印」の漏れがないよう、お願いします。

II. 助成の対象となる研究に関する事項	
研究テーマ	(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	(枠内にご記入願います)

研 究 の 内 容 (最 終 行 「Enter」 で、続 け て 記 入 可 能 で す)

本研究の背景となる申請者の発表論文。また、理解に役立ち、参考となる申請者の発表論文。  
(記入する論文数は20本程度を目安としてください)

- ① 申請者には下線、責任者には「\*」を付してください。
- ② 学会誌等の印刷物に掲載、現在印刷中の論文に限ります。未受理論文(投稿中)は対象外です。
- ③ 記述欄が足りない場合はA4判用紙を補充していただいて結構です。