

締切日

2024年1月31日

一般財団法人 古川医療福祉設備振興財団

2023年度 第10回 研究助成金申請書

整理
番号

年 月 日

一般財団法人 古川医療福祉設備振興財団 理事長 殿

下記によって研究を実施したいと思いますので研究助成金を申請いたします。
※提出書類（捺印済）の全PDFをメールで送付の上、原本を郵送してください。

1. 申請者

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)	最終学歴 学部名 卒業年次 学位
所属機関 部局・職		
連絡先住所	TEL : 携帯電話 : FAX : E-Mail :	

2. 研究課題名 (概念的な課題には具体的な副題を付けること)

和文 :

英文 :

3. 研究の目的

4. 審査希望領域 (○でかこんでください。)

- ①医療又は福祉等設備 ②医療又は福祉等機器 ③医療又は福祉等システム ④医療又は福祉等設計技術
⑤医療又は福祉等建築技術 ⑥医療又は福祉等人材育成 ⑦その他医療又は福祉等のインフラに関する事項

5. 研究実施の場所

6. 研究予定期間 年 月 → 年 月

◎本申請書への記入は全てデータ入力にてお願いします。

7. 研究費申請額及び内訳（単年度申請）

単価×個数など、金額はできるだけ具体的に記載ください。

総事業費	円	当財団 研究助成費	円	寄付金その 他の収入額	円
当財団の研究助成費の対象経費の支出額内訳					
経費区分	金額	備考			
1. 謝金					
2. 旅費					
3. 材料物品費					
4. 消耗品費					
5. 人件費					
6. その他					
経費合計					

※本研究助成金を特に必要とする理由を記入してください。

--

8. 研究協力者（申請研究課題に直接協力する者、ただし推薦者、所属長、直属所属長は協力者になれない）

氏名	所属機関・部局・職	最終学歴	卒業年次

9. 申請者の①学歴・②職歴（勤務先の異動、留学、受賞のうち研究課題に関連のあるもの）

--

現在の研究テーマ：

10. 申請者が最近5ヶ年に他から受けた研究助成金

年度	助成団体名	助成額	研究課題名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

1 1. **推薦状** (この研究の意義と達成見込みについて推薦者ご自身でご記入ください)

私は貴財団の研究助成事業募集要項の規定を読みました。本人に同規定を守らせます。

推 薦 者 職名

氏名

署名捺印
印

1 2. **所属機関長の承認**

上記申請者の貴財団研究助成金申請を承認します。

所属機関長名 職名

氏名

署名捺印
印

直属所属長名 職名

氏名

署名捺印
印

1 3. 現在までの申請課題に関する研究の概略

1 4. 研究計画・方法

4 月

5 月

6 月

7 月

8 月

9 月

10 月 研究成果中間報告提出・経費精算書中間報告提出

11 月

12 月

1 月

2 月 研究成果提出・経費精算書提出

1 5. 研究の特色と独自性

1 6. この研究に関連した国内外での研究状況

1 7. 申請者の最近 5 ヶ年間の発表実績リストは、主なもの 10 編以内を別紙に添付してください。

○申請課題に関係なく記載のこと。A4 版の用紙に横書きのこと。

☆本申請書に記載された内容は、研究助成金贈呈者の選考・贈呈の目的にのみ使用します。