|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付No. |  |  |  | （申請日）　2024年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  |  |  | 所属機関 |  |  |
| 公益財団法人　薬理研究会　御中 |  | 推薦者 | 機関長名 |  | 公印 |
|  |  |  |  | 申請者 |  |  | 印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 研　　究　　助　　成　　申　　請　　書 |  |  |
|  | この申請書類に記載する事項は、当公益財団が助成金等の支給対象者の選考等、運営に必要な範囲内で利用すること、また、支給が決定した場合は、氏名、所属、職名、研究課題の情報が、一般に公開されることについて、同意のうえ応募します。 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者に関する事項 | ふりがな |  | 年　　　月　　　日 生(　　　　歳) |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 〒 - TEL： E-mail： |
| 所属機関 | 研究室名まで記入ください。作成時にこの青字を削除してください。 |
| 職 名 |  | 学 位 |  |
| 所 在 地 | 〒 - TEL： |
| 略 歴 |  |
|
| 研　究　課　題 |  |
| 共同研究者 | 氏　　名 | 所　属　機　関 | 職　　位 | 学　　位 |
|  |  |  |  |
| 研究予定期間 | ２０２　年　　　　月　　から　　２０２　年　　　月　まで |  助成希望金額　　　　　　　　万円 |
| 助成金の使途内容 |  |
| 関連研究課題に対する他機関からの研究助成の有無（いずれかを○で囲み有の場合下記に記入）　　無　　　有　 |
| 研 究課 題 |  | 助成機関 |  | 助成金額 |  万円 |
| 今までに当財団に研究助成を申請したことの有無（いずれかを○で囲み有の場合下記に記入）　　 無　　　有　 |
| 申請回数（ 回） | 申請年年年年 | 採択・不採択 | 研究課題 |
| 【研究の目的及び概要】  |
| フォントサイズ10.0pt以上、行間1行としてください。図表の挿入が可能です。作成時にこの青字を削除してください。 |
| 【研究計画の内容】  |
| フォントサイズ10.0pt以上、行間1行としてください。図表の挿入が可能です。作成時にこの青字を削除してください。＜注意事項＞ (1)レイアウトの変更、ページの追加は認めません。(2)フォントサイズは10pt以上、行間1行として下さい。＜注意事項＞ (1) レイアウトの変更、ページの追加は認めません。(2) フォントサイズは10pt以上、行間1行として下さい。 |
| 【研究課題に関連する申請者の従来の研究成果】  |
| フォントサイズ10.0pt以上、行間1行としてください。図表の挿入が可能です。作成時にこの青字を削除してください。 |
| 【研究課題に関連する申請者の主要論文（１０件以内）】  |
| フォントサイズ9.0pt以上、行間9pt行としてください。全体が3ページにまとまっていることを確認してください。作成時にこの青字を削除してください。 |

＜注意事項＞ (1) レイアウトの変更、ページの追加は認めません。

(2) フォントサイズは10pt以上（論文9pt）、

行間1行として下さい。