|  |
| --- |
| 整理番号 |

近江記念地域医療研究調査助成金交付申請書

　　　　令和　　年　　月　　日

公益財団法人　艮陵医学振興会　殿

（申請者）所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel

E-mail

近江記念地域医療研究調査助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

1. 研究課題
2. 推 薦 者

　　　職 　名

　　　氏　 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 職名 |  | 氏名 |  | 番号 |  |
| **５）研究課題：**  　　概　　要：        **６）研究内容「記入要領」**  　　　①研究目的　②研究方法　③本研究助成を必要とする理由　④その他参考事項  ⑤１ページ以内におさめること | | | | | | | |