

特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会

推薦、助成研究申請書

特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会 御中

下記のとおり、特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会の推薦または助成を申請いたします。

年 月 日

研究テーマ名(内容を具体的に示す題目を記載)			
研究期間 (自) 西暦 年 月 (至) 年 月			
(フリガナ) 申請者 (代表研究者)		印 年 月 日生 (才)	
所属機関名 役職			
所属機関 所在地		〒 (電話) 申請者 e-mail:	
連絡先住所 (所属機関と同じ 場合は不要)		〒 (電話)	
共同 研 究 者	氏名(フリガナ)	所属機関・役職	会員区分
			会員・非会員
			会員・非会員
	不足する場合は概要に記載		会員・非会員
区分1	<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 助成/推薦 <input type="checkbox"/> 助成	(助成の場合) 助成金希望額	円
区分2	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	他の助成機関からの助成金受領 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所属機関長の承諾(助成申請の場合のみ) 本機関所属の表記代表研究者が、この研究の助成の申込みをすることを承諾致します。 所属機関長職名 氏名・職印 印			

1. 研究の目的

2. 研究の概要

3. 研究の実施状況

4. 本研究に関連する研究実績(添付書類不要)

5. 本研究に関する利益相反の開示:ない場合は「なし」と明記。