KANZAWA　MEDICAL　RESEARCH　FOUNDATION

**公益財団法人　神澤医学研究振興財団**

**2023年度（第27回）研究助成金申請書**

　　　　　2023年　　月　　日

**Ⅰ．申請者**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな／ローマ字表記 | ふりがな　　　　　　　　　　　　ローマ字表記  **/** |
| 氏　名 |  |
| 生年月日（西暦）・　性別 | 年 月 日　（ 歳）　　　　男性　・　女性 |
| 研究機関（教室名まで）  職名・学位 | 職名：　　　　／学位： |
| 所在地 | 〒 |
| 電話・FAX番号 | TEL（　　）　　　－　　　　，FAX（　　）　　　－ |
| E-mailアドレス |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 本人連絡先  （携帯番号など） |  |

**Ⅱ．共同研究者**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名  研究機関（教室名まで） | 職名： |
| 氏　名  研究機関（教室名まで） | 職名： |
| 氏　名  研究機関（教室名まで） | 職名： |
| 氏　名  研究機関（教室名まで） | 職名： |

**Ⅲ．研究テーマ**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ名  （英訳） | （英文タイトル） |

**Ⅳ．主たる研究者の略歴（卒業大学以降を、西暦でご記入下さい。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ⅴ．本研究テーマに対する他財団からの助成金受給の有無**

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金受給（該当に○） | 有　　　・　　　無 |
| 財団の名称 | （有の場合のみ記載） |
| 助成の名称 | （有の場合のみ記載） |
| 受給の時期 | （有の場合のみ記載） |

**Ⅵ．当財団に対する過去の実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金受給（該当に○） | 有　　　・　　　無 |
| 受給の時期  （有の場合に記載） | 年度　　　（研究助成金　・　海外留学助成金） |

**Ⅶ．研究の目的とその意義**

|  |
| --- |
|  |

**Ⅷ．研究実施計画の概要**

|  |
| --- |
|  |

**Ⅸ．この研究テーマに関する研究者の現在までの実績の大要と国内外における研究の動向**

|  |
| --- |
|  |

**Ⅹ．このテーマに関する主たる研究者の論文リスト**

|  |
| --- |
| （過去３年間の研究論文を発表順に挙げて番号をつけ、そのうちの代表的論文１編に○印をつけて、別刷を添付して下さい。投稿中の論文は受理されたもののみを挙げて下さい。論文のタイトル及び全著者の氏名も省略せずに記入し、ご自身の名前には下線を付けて下さい。なお、別刷が出来上がっていない場合は、雑誌名、研究者名、タイトル、summaryまたはabstractの部分をＡ４用紙１枚にまとめて提出して下さい。） |

推薦状

上記申請者を神澤医学研究振興財団の研究助成候補者として推薦致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦者氏名\* |  | 印 |
| 研究機関名 |  | |
| 役職 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 電話・FAX番号 | TEL（　　）　　－　　　　，FAX（　　）　　－ | |
| E-mailアドレス |  | |

* 推薦者氏名欄：自署の場合は押印不要