



特定医療法人 万成病院  
小林孫兵衛記念医学振興財団  
研究助成金申請書

共同研究グループ

研究助成金を授与された場合は研究成果報告書を提出していただきますが、共同研究者氏名は応募時のおりとしします。

ふりがな  
氏名

生年月日

最終卒業学校

所属機関・現職・学位

本研究に関する計画の概要

研究計画

研究内容

期 間

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

費用計画

使途内容

予定金額（千円）

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

合 計 \_\_\_\_\_ 万円

特定医療法人 万成病院  
小林孫兵衛記念医学振興財団  
研究助成金申請書

研究内容 (詳細に記入して下さい。)

特定医療法人 万成病院  
小林孫兵衛記念医学振興財団  
研究助成金申請書

研究内容

特定医療法人 万成病院  
小林孫兵衛記念医学振興財団  
研究助成金申請書

本研究の為、参考にした主な文献 (著書・標題・誌名・巻・号・ページ・年号を明記して下さい。)

本研究に関連した申請者の現在までの文献

〔 専門誌に発表済のものは、著書・標題・誌名・巻・号・ページ・年号を明記し、著書名はすべて記入し、主著者であるか否かが判るようにして下さい。なお、書ききれない場合は別紙に記入して下さい。また主な印刷またはそのコピーを 10 編以内添付して下さい。 〕

上記 小林孫兵衛記念医学振興財団平成 30 年度研究助成金を申請します。

平成 30 年 月 日

所 属

職 名

氏 名

印

特定医療法人 万成病院  
小林孫兵衛記念医学振興財団  
研究助成金推薦書

推薦理由

推薦者

所 属

職 名

氏 名

印

連絡責任者 (所属 庶務係、若しくはグループ担当者等)

氏 名

連絡先

電話 (       )       —       (内線       )