

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

ふりがな 申請者氏名		生年月日		年	月	日	(満才)
〔 グループ研究の場合は代表研究者氏名をこの欄に記入し、別項に共同研究者に関する事項を記入して下さい。 〕							
履 歴 (最終学歴・大学院・現職・学位と経歴を詳細に記入してください。)							
最終学歴		(年 月卒)		大学院		(年 月修了)	
現 職 (主たる勤務先、所属、役職名、資格等)・学 位							
経 歴	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
研究題目				研究分野 ((1) ～ (3) の中から該当するものに○をして下さい。)			
				(1) 難病、生活習慣病、老年病に関する医学的研究 (2) 精神障害に関する医学的研究 (3) 医学的リハビリテーションに関する研究			
本研究テーマの分担内容 (共同研究のみ記入)				候補者が現在まで受けた研究助成			
分担項目				研究テーマ			
				研究奨励団体名			
担当研究者名				研究助成授与年月			
				共同研究者			
				助成金額			

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とりとします。

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 2023 年度研究助成金を申請します。

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 ）