

**第２９回「地域保健医療に関する研究」申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **研究****代表者** | フリガナ氏　名 | ㊞ | 生年月日 | 西暦　　　　　年 月 日（　　　　　才） |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 最終学歴(卒業年) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年卒） | 主たる専攻 |  |
| 所属機関 |  | 役職等 |  |
| 連絡先住所 | （勤務先・自宅）〒 |
| 連絡先Tel. | （勤務先・自宅・携帯）　　　　　　　　　－　　　　　　　　　－ |
| 連絡先E-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| **共同研究者** | 氏　名 | 所属部局・役職等 | 最終学歴 | 卒業年 | 役割分担 |
|  |  |  |  |  |
| **研究課題** |  |
| **研究目的・意義及び概要** |
|  |
| **研究計画・方法** （なるべく具体的かつ簡明に記入すること） |
|  |
| **発表論文**（研究代表者および分担者の発表論文について記入すること） |
| 氏　名 | 発表年月 | 発表論文名/学・協会誌名(巻号)/著書名 |
|  |  |  |
| **研究経費の主な内容** |
|  | 金額 | 内訳 |  | 金額 | 内訳 |
| 備品費 | 円 |  |  | 円 |  |
| 図書費 | 円 |  |  | 円 |  |
|  | 円 |  |  | 円 |  |
|  | 円 |  |  | 円 |  |
|  | 円 |  | 合計 | 円 |  |
| **他機関からの助成**（当研究について、他機関からの助成・申込状況）　　無　・　有（機関名　　　　　　　　　　　　　） |
| **その他審査上参考となる事項** |
|  |

（注）所定の欄に記入し得ない場合には、用紙を貼付し補うこと。