**受付番号A -**

**2025年度杏林医学会研究助成金【A.医学部・保健学部共同研究助成金】応募申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 :　　　　㊞西暦 　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 ( 　歳)所属 :  | 職位 :　 連絡先内線・PHS : Emailアドレス : |
| 本申請内容を承認します。　　　**※ 申請者が教授職以外の場合、上長の記名押印をお願いします**所属上長名 :　　　　　　　　　　　 ㊞　 所属・職位 :  |
| 共同研究者 :  |
|  : 　　　　　　　　　　　　　　 所属・職位 :  |
|  :　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職位 :  |
|  :　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職位 :  |
|  :　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職位 :  |
| 研究課題名(倫理及び動物実験審査承認番号) :  |
| 研究期間 :  |
| 研究の背景・目的 :  |
| 研究内容及び実施計画 : |
| 予測される成果とその意義 :  |
| 申請者本人の業績 : (過去3年間の論文5つまで記載 ) |
| 助成金申請・受給状況 : **2024年以降、申請者が学外・学内において申請中及び支給を受けている助成金のタイトルと金額** |
| 杏林医学会への貢献度 :　該当するものについて、 (　)の中に詳細を記入ください。①杏林医学会総会一般口演発表(研究発表は除く)　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)②杏林医学会雑誌　投稿論文掲載 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)③杏林医学会雑誌　投稿論文査読　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　④杏林医学会雑誌　特集企画執筆　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)⑤杏林医学会主催市民向け講演会 座長・演者　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

交付申請額 (研究費内訳)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備品費 | 円 |  |
| 消耗品 | 円 |  |
| 人件費・謝金 | 円 |  |
| 旅費 | 円 |  |
| 通信費 | 円 |  |
| その他 | 円 |  |
| **交付申請額合計** | 円 |  |

※　必要に応じて項目枠を拡張し、**両面印刷2枚以内を目途に**作成してください。