**特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会**

**推薦、助成研究申請書**

特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会 御中

下記のとおり、特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会の推薦または助成を申請いたします。

　　　　　　　　年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究テーマ名(内容を具体的に示す題目を記載) | | | | | |
| 研究期間 (自) 西暦　　　 年 月 (至) 　 年 月 | | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  申請者  (代表研究者) | | 印  　　 年 月 日生 ( 才) | | | |
| 所属機関名  役職 | |  | | | |
| 所属機関  所在地 | | 〒 (電話 )  申請者e-mail： | | | |
| 連絡先住所  （所属機関と同じ場合は不要） | | 〒 (電話 ) | | | |
| 共同研究者 | 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 所属機関･役職 | | 会員区分 | |
|  | |  | | 会員・非会員 | |
|  | |  | | 会員・非会員 | |
|  | |  | | 会員・非会員 | |
| 不足する場合は概要に記載 | |  | | 会員・非会員 | |
| 区分１　　　□ 推薦 □ 助成/推薦　　□ 助成 | | | | （助成の場合）  助成金希望額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 区分２　　　□ 新規 □ 継続 | | | | 他の助成機関からの助成金受領  　　　　　　　□有 　□無 | | |
| 所属機関長の承諾（助成申請の場合のみ）  本機関所属の表記代表研究者が、この研究の助成の申込みをすることを承諾致します。  所属機関長職名  氏名・職印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

|  |
| --- |
| １. 研究の目的 |
| 2.　研究の概要 |
| 3.　研究の実施状況 |
| 4. 本研究に関連する研究実績(添付書類不要) |
| 5. 本研究に関する利益相反の開示：ない場合は「なし」と明記。 |