**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。 |