

特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会

推薦、助成研究報告書

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、推薦または助成研究の成果を報告します。

年 月 日

研究テーマ名			
研究期間		(自) 西暦	年 月 (至) 年 月
(フリガナ) 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(フリガナ)	所属機関・役職	会員区分
			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	<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 助成	(助成の場合) 助成金額 円	
区分2	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	他の助成機関からの助成金受領 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

1. 研究の概要と結果

2. 研究成果の公表実績

- 1) 学会発表
- 2) 論文発表

助成研究の場合の収支報告

項 目		内 学会助成金
旅 費	0	0
会議費	0	0
通信費	0	0
印刷費	0	0
	0	0
	0	0
その他	0	0
合 計		