

長崎県医師会医学研究助成金申請書

【研究者】 ( 年 月 日記入)

①氏 名・ (ふりがな・ ) [印・ ]

②生 年 月 日・ 年 月 日

③所属都市医師会名・ (会員種別・ )

④所属医療機関名称・ (職 名・ )

⑤所属医療機関所在地 (電話番号・ - - )

⑥自 宅 住 所 (電話番号・ - - )

⑦略 歴・

⑧主な実績 (既発表の研究がありましたら添付して下さい。)

【共同研究者】 (いる場合は、役職・氏名を記入)

【研究課題名】

【研究期間】 (見込み) 年 月 日から 年 月 日まで。

【研究目的】

【研究費】

①総予算額・ 円

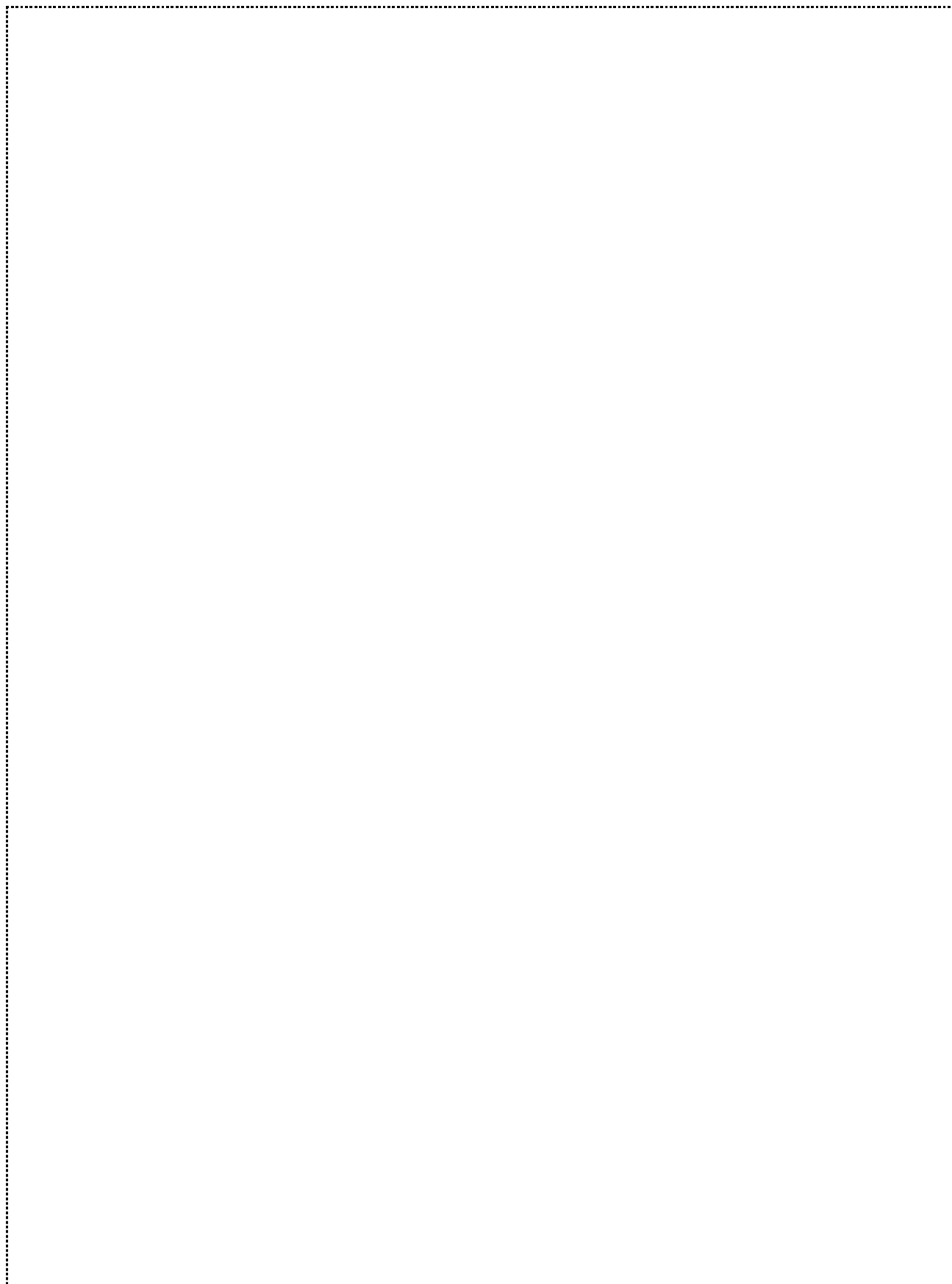
②使用内訳・

長崎県医師会医学研究助成金〔様式B-1〕

「①現在までの研究経過 ②本年の研究計画 ③将来の見通し」を具体的に記載して下さい。

(文字は1,440字以内の印字か楷書)

※「様式B-1」で記述が不足する場合は、同様の形式で「様式B-2」として別途に作成して下さい。



長崎県医師会医学研究助成金〔様式B-2〕

「様式B-1」で記載不足を生じた場合に使用下さい。

(文字は1,440字以内の印字か楷書)

A large empty rectangular box with a dashed border, intended for text input. The box is positioned below the instructions and occupies most of the page's vertical space.