

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。)

⑨科研費の申請、採択及び不採択の状況

ただし、助成金申請年度の前年度から長崎大学に在籍している方は記入不要です。

また、助成金申請年度から長崎大学に在籍している方は、下記3)のみ記入してください。

1) 研究代表者として助成金申請年度に配分を受ける科研費の状況

研究種目：

研究期間：

研究課題：

令和2年度配分額(全体)：

記入例) 研究種目：基盤研究C

研究期間：2019年度～2021年度

研究課題：・・・に関する研究

令和2年度配分額(全体)：1,000,000円

2) 研究分担者として助成金申請年度に研究代表者から配分を受ける科研費の状況

研究種目：

研究期間：

研究代表者(所属機関)：

研究課題：

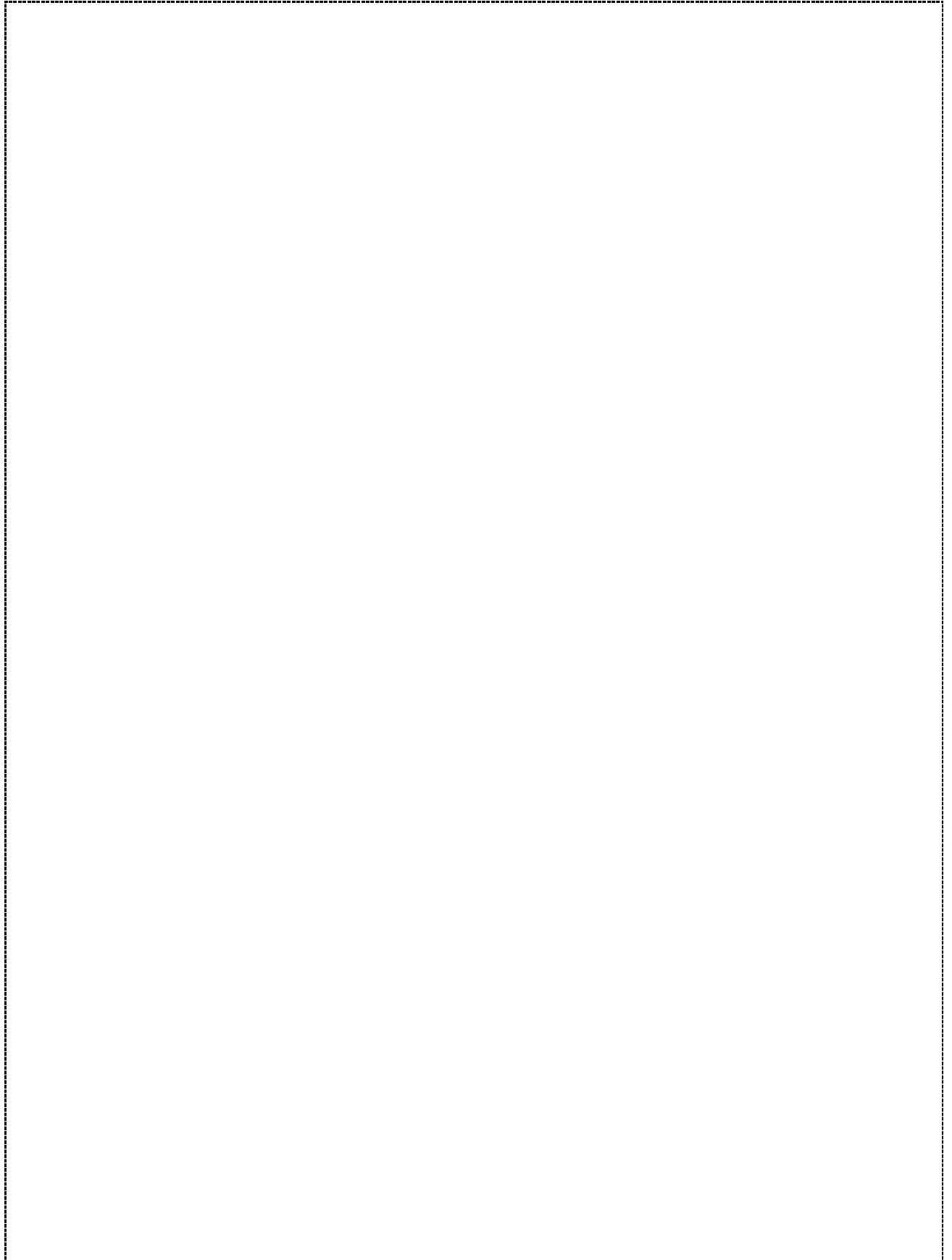
令和2年度配分額(申請者への配分額)：

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.