

財団法人 大同生命厚生事業団
 理事長 五十嵐 勉 殿

受付番号		受付日	
------	--	-----	--

「地域保健福祉研究助成」申込書

該当する番号を○で 囲んでください。	研究 部門	A 医学研究 B 福祉研究	選択 研究課題	1 地域保健および福祉に関する研究 2 在宅・施設の医療、福祉および介護に関する研究 3 その他住民の健康の増進に役立つ研究
-----------------------	----------	------------------	------------	--

研究者・グループの代表者

ふりがな				年齢	性別
代表者 氏名	Ⓜ				男 女
自宅住所等	〒				
	TEL		FAX		
	Email				
勤務先住所	〒				
	勤務先名		役職名		
	TEL		FAX		
	Email				

略歴（最終学歴、職歴、主な業績等）

共同研究者	氏名	勤務先・役職名	分担研究事項

代 表 者 氏 名

「研究概要」

地域保健福祉研究

--

※ 記入上の留意事項

- ① 「研究の必要性」、「研究計画（研究方法・研究内容等を具体的に）」、「研究の予測成果」等の順に助成金の
使途との関係がわかる様に記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。
手書きの場合は、楷書体とすること。