

公益財団法人 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

研究課題（研究目的と予測成果がわかる課題を簡潔に40字以内）	◆研究予定期間◆ 平成 年 月から 平成 年 月まで

研究目的（200字以内）

助成金申請 注意) パソコンの購入費用、学会参加費用などは助成対象外。 ◎助成金予定使途内訳(可能な限り詳細に記入してください)◎	
使途内容	金額
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
計	円
研究必要経費総額 円	助成希望金額 0,000円

他の研究助成への申請状況（本年度） ない場合は「なし」と記入してください。		
研究助成名	研究課題名	主催団体名等

1. 黒インクもしくは黒のボールペン（ワープロ・パソコン作成も可）で記入してください。
書類はホッチキス・ピンでとめないでください。
2. 本申込書に当財団所定の「研究概要」を必ず添付してください。
3. 提出いただいた書類は、お返しいたしませんのでご了承ください。

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
用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。