

公益財団法人金原一郎記念医学医療振興財団
第1回生体の科学賞申請書
 (基礎医学医療研究助成金)

年 月 日 (西暦)

| I. 申請者に関する事項 | | | |
|---|--|-----------------|-------------|
| フリガナ | | | (西暦) 年 月 日生 |
| 申請者氏名 | 印 | ____ 歳 (申請日満年齢) | |
| 所属機関名 ※講座・教室名までご記入願います | ____ 役職 | | |
| 所属機関所在地 | 〒 電話 _____ e-mail _____ @ _____ | | |
| 所属学会名 | | | |
| 自宅住所 | 〒 電話 _____ e-mail _____ @ _____ | | |
| 学歴と職歴等 ※学歴は <u>大学の学部・学科</u> から記入してください ※年号は <u>西暦</u> でお願いします | | | |
| 共同研究者の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (上記、いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印。有の場合は下欄にご記入下さい) | | |
| 氏 _____ 名 | 所属機関名 | 氏 _____ 名 | 所属機関名 |

お願い：①記入は楷書・ブロックタイプでお願いします。

②片面プリントでお願いします。

③A4判に揃え、交付申請書3通(正1通, 副2通コピー可)を各々確実にゼムグリップで留めてください。ステーブルはご遠慮願います。

④「フリガナ」「捺印」の漏れがないよう、お願いします。

Ⅱ. 助成の対象となる研究に関する事項

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| 研 究 テ ー マ | (和文) |
| | (英文) |
| 研 究 課 題 の キ ー ・ ワ ー ド | (研究課題のキー・ワードを3つ程度ご記入下さい) |
| 研 究 の 目 的 | (枠内にご記入願います) |
| | |

研 究 の 内 容 (最 終 行 「Enter」 で、続 け て 記 入 可 能 で す)

本研究の背景となる申請者の発表論文。また、理解に役立ち、参考となる申請者の発表論文。
(記入する論文数は20本程度を目安としてください)

- ① 申請者には下線、責任者には「*」を付してください。
- ② 学会誌等の印刷物に掲載、現在印刷中の論文に限ります。未受理論文(投稿中)は対象外です。
- ③ 記述欄が足りない場合はA4判用紙を補充していただいて結構です。