

ご記入の前に必ずお読み下さい

医学研究助成申請書 記入上のご注意

■申請書の作成は、①そのまま手書きする、②紙を貼り付けコピーをとる、③申請書フォームにパソコンで直接入力する等、いずれの方法でも結構です。

※申請書フォームは次ページ以降の申請書フォーム（Word形式）を使用下さい。

■4枚セットとなります。申請書フォーマットのレイアウトは崩さないよう願います。
（ページを増やしたりレイアウトを変更したりすることは認められません）

■文字を小さくしたりや行間を詰めすぎないように、読みやすさに留意してください。

■パソコン入力の場合、テキストボックスの使用はかまいません。

■押印には朱肉印のほか、署名又は個人を特定できるスタンプでも可です。

■研究者・共同研究者の研究実績は代表的なものを5件以内でご記入下さい。

■添付資料は1枚まで可。複数の画像、グラフ、表はA4用紙1枚にまとめて下さい。

■申請書は同じものを5部作成し書留郵便にてご郵送下さい。（データは不要です）

（照会先）〒560-0082 豊中市新千里東町 1-4-1

阪急千里中央ビル 8F

公益財団法人 大阪認知症研究会 事務局

担当：林

TEL：06-6833-1337 FAX：06-6833-6599

電子メールアドレス：info@dementia-osaka.jp

受付番号

研 08-

令和 8 年度(2026 年度)

医学研究助成申請書

令和 年 月 日

公益財団法人&大阪認知症研究会 御中&

1. 研究者または代表者

ふりがな	男・女
氏名	⑩
	昭和・平成 年 月 日 (歳)
所属機関、大学名、学部・学科名 (教室名まで)	職名
所在地 〒	電話
自宅 〒	電話
E-mail	
略歴	

2. 助成金

希望金額	万円
使途	

3. 研究課題

--

4. 研究目的

--

5. 研究方法・内容

6. 本研究により期待される成果

--

7. 倫理審査委員会

研究開始にあたり施設内外の倫理審査の可否 可 不可

審査委員会名・場所 _____

8. 共同研究者

氏名	大学名、学部・学科名および職名	分担研究事項

9. 研究者・共同研究者の研究実績(既発表の研究報告の課題、掲載誌等)

--

※受付後の書類の返却はいたしませんのでご了承ください。