受付No.

**平成29年度 ＪＡ共済　交通事故医療研究助成 申請書**

平成28年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（研究代表者） |  | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　　名 | ㊞ | 　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒 －  |
|  | 連絡先 | Tel: |  | E-Mail: |  |
| 勤務先(所属･職名･専門) |  |
|  | 所在地 | 〒 －  |
|  |  | 連絡先 | Tel: |  | E-Mail: |  |
| 共同研究者 | 氏名 | 所属・職名・専門など | 本研究における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 承認者 | 勤務先または機関名 | Tel: |
| 職名 |  | 氏名 | ㊞ |
| 申請者の経歴 | 年月 | 学歴・職歴など |
|  |  |
| 本研究関連の主な実績(論文等)・資金計画状況 |  |
| 資金計画状況 | （下記のうち、該当するものを✓印でチェックしてください）　　☐ 本助成だけを予定している。　　☐ 他機関にも助成を申請している。（文部科学省研究費・他財団等）　　☐ 他機関からの助成を既に受けている。 |

　※1.本申請書の記載にあたっては、手書きでなくパソコン入力により行ってください。

　　2.各欄は具体的に記載し、欄内（該当頁内）に納めてください。申請書の様式の変更、別紙記載、

添付は不可。

受付No.

|  |  |
| --- | --- |
| 研 究 テ ー マ |  |
| 研究目的等 | 研究目的 |  |
| 研究により期待される効果 |  |
| 研究内容・実施計画 |  |
| 資金計画 |  |
| 総資金（ |  | ）万円のうち（ |  | ）万円を助成願いたい。 |

　※1.本申請書の記載にあたっては、手書きでなくパソコン入力により行ってください。

　　2.各欄は具体的に記載し、欄内（該当頁内）に納めてください。申請書の様式の変更、別紙記載、

添付は不可。