

(申請日) 年 月 日

研究助成申請書

公益信託小坂臨床麻酔学振興基金 御中

この申請書類および添付した資料に記載されている事項は、助成金の支給対象者の選考等、当公益信託の運営に必要な範囲で、当公益信託の運営委員・信託管理人が取得・利用すること、また、支給が決定した場合は、氏名、所属、研究テーマ等の情報が主務官庁へ提供される他、一般に公開されることについて、同意のうえ応募します。

申請者氏名	フリガナ		(西暦)		年 月 日生 (歳)	
自宅住所	〒 — Tel — —					
所属機関名			役 職		学 位	
	日本麻酔科学会会員番号 ()					
所 在 地	〒 — Tel — —		(Fax — —)			
	E-mail					
所属機関長の確認	職 名		氏 名			
申請者の略歴・実績						
研究課題名					助成申請額 (150 万円以内)	
					万円	
<研究の目的>						
<助成金の使途>						

〔様式B〕

＜「①現在までの研究経過 ②本年の研究計画 ③将来の見通し」を具体的に記入＞
(文字は1,440字以内の印字か楷書)

受託者は、個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）に基づき、申請者の個人情報を、公益信託を遂行するために必要な範囲内に限定して利用いたします。