

公益信託丸茂救急医学研究振興基金
 受託者 株式会社 りそな銀行 御中

受付日	年 月 日	受付番号	臨一
-----	-------	------	----

公益信託 丸茂救急医学研究振興基金 助成金給付申請書

掲題公益信託から助成金の給付を受けたく、以下のとおり申請します。なお、私どもは、明示された「公益信託関連業務における個人情報の利用について」で受託者における個人情報の取扱を確認し、提出書類に記載の個人情報が運営委員会での審査等助成事業の遂行に際して関係者・主務官庁へ提供されることに同意いたします。

年 月 日

代表申請者	住所 〒		↓該当に○ 医師 救急救命士 看護師 薬剤師 その他 ()
	氏名(ふりがな) 性別:	所属機関 部局・役職	
	生年月日 年 月 日 (歳)	連絡先 電話番号 ()	
	電子メールアドレス		
共同申請者	氏名 (他 名) ※共同申請者がいる場合は、付表も必ずご提出ください。		

※医師のみでご応募いただく場合は、「日本救急医学会員・その他一般向け」で申請をお願いします。
 ※紙幅が不足する場合は適宜別紙を添付してください。但し、本申請書に要旨の記入をお願いします。

研究課題

研究目的・その他

研究計画・方法

- ・他の助成も受けていますか 【 Yes , No 】 (←どちらかに○をつけてください)
- ・他の助成に申請(予定を含む)していますか 【 Yes , No 】 (←どちらかに○をつけてください)
- ・他の助成と重複する場合、資金使途は重複しますか 【 Yes , No 】 (←どちらかに○をつけてください)

受給希望金額、資金使途の概要(できるだけ詳しくご記入下さい)

関連する研究の研究状況

推薦者 (所属機関長)	所在地 〒
	所属機関名
	所属機関長

※所属機関長の役職名(肩書等)の記載もお願いします。

