

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	2021
-----	-------	------	------

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○をして下さい	
	氏名(ふりがな)	所属機関 部局・役職	<input type="checkbox"/>	救急隊員
	性別:		<input type="checkbox"/>	看護師
	生年月日 年 月 日 (歳)	連絡先 電話番号() -	<input type="checkbox"/>	その他 ()
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。		<input type="checkbox"/>	その他 ()

※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

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
(印)	

