令和　　　年　　月　　日

公益財団法人難病医学研究財団

理事長　殿

**学内等選考用　　令和　　年度 医学研究奨励助成事業申請書**

|  |
| --- |
| **申請者** |
| 応募枠 | 一般枠　・　臨床枠　・　疫学枠 |
|  | 　　　　　　　　　　 　性別　　　（生年月日　　　　　　　　歳） |
| 所属機関名 |  |
| 職名 |  |
| 所属機関の住所 | 〒 |
| TEL・FAX・MAIL |  |
| 略歴 |  |
| 研究課題 |  |
| 研究対象疾患 |  |
| この課題について必要となる所属機関での手続き |  |
| 類似のテーマによる他の助成制度への申請 |  |
| **推薦者** |
|  | 　　　　　　　　　　　㊞ |
| 所属機関名 |  |
| 職名 |  |
| 所属機関の住所 | 〒 |
| TEL |  |
| 推薦区分 |  |
| 研究班 |  |
| 推薦理由 |  |