

公益財団法人 総合健康推進財団  
平成29年度 第34回 一般研究奨励助成応募書

受付番号

受付日

月 日

※太枠内は事務局記入欄

公益財団法人 総合健康推進財団理事長 殿

下記のとおり貴研究奨励助成の応募要項記載事項に同意のうえ応募いたします。

フリガナ	
応募者(代表研究者)氏名	(印)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( 歳) <input type="checkbox"/> ①男 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> ②女
所属機関名 (部課・科名、教室名まで)	
役職名	
所属機関	郵便番号 〒 (例:101-0047)
	住所
	電話番号 内線( ) E-mail
自宅	郵便番号 〒 (例:101-0047)
	住所
	電話番号

上記応募者の下記研究を貴研究奨励助成に推薦いたします。

推薦者氏名	(公印)
機関名・職名	
所在地住所	〒 (例:101-0047)
電話	(内線)

記

1 研究の分類及び課題 (該当分野に、印をつけて下さい)

- ①分類番号:  (1) 栄養と健康  (2) 老化と健康  (3) 保健対策と健康  (4) 衣食住と健康  
 (5) 代替医療と健康  (6) 生活環境と健康  (7) 福祉と健康  (8) 産業衛生と健康

②課題:

(注) 1.応募書は日本語で記入してください。

2.パソコンなどで記載のうえ、**原本1部、コピー1部および代表論文(別刷又はPDF)1部**を添えてお申込ください。(代表論文については応募の課題に限らず、応募者本人の代表論文を添える)

3.所属機関が書類等の送付先となります。部署・役職名等を詳細に記入願います。

2 応募者の略歴（出身大学及び学部・略歴・所属学会・卒後の研究等）

--

3 研究グループ(共同研究者)の氏名等

氏名	職種 ※	年齢	所属機関・職名	出身大学・学部・卒業年次

※ 職種は、医・薬・歯・看・保・理・心・栄 その他 で記入願います。

#### 4 研究目的

※疾病の治療に直接関与する研究は助成の対象になりません。  
※応募者の意図と創意について、何をどこまで明らかにするのか、状況・数値なども含めて具体的に記入願います。

#### 5 研究実施計画の概要

具体的に箇条書で、また健康との関わりについて明記のこと。  
なお、ひとを対象にした研究に関しては「倫理面の配慮」について記載してください。（例：倫理委員会に諮る。患者の同意を得る。…など。）

6 この研究に関する国内及び外国における研究の現状について

7 この課題に関する応募者の現在までの業績 発表論文があるときはそのリストと、その代表論文の別刷又はPDFを1部添付してください。

8 研究奨励助成希望金額		万円（上限は100万円です。）			
9 助成金の使途の内訳					
1 人件費（資料整理等に要した役務費（臨時に雇用された者の賃金等）					
1 の小計 ※間接経費・オーバーヘッドは認めておりません。					
2 調査費（謝金、消耗品、通信費、印刷製本費、図書費、光熱水料、旅費、借料及び損料）					
2 の小計 ※学会出席のための旅費は認めておりません。					
3 機械器具（取得した単価が10万円以上の機械器具 機器については機種を付記してください。）					
3 の小計					
(1～3)合計					
10 研究終了時期（研究助成期間は平成30年1月から12月までの1年間です。※）					
11 (1) この研究課題または関連課題に関し、これまで助成を受けたことの有・無					
① <input type="checkbox"/> ない      ② <input type="checkbox"/> ある      ③ <input type="checkbox"/> 申請中					
(2) (1) で②ある 又は、③申請中と記載した場合は記入してください。					
助成機関名	決定金額	現況	研究助成期間	研究課題	応募者の立場
(例)科研費 若手研究(S)	100万円	<input checked="" type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 申請中	2016年4月～ 2017年3月末	××××に関する研究	<input checked="" type="checkbox"/> 代表研究者 <input type="checkbox"/> 共同研究者
		<input type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 代表研究者 <input type="checkbox"/> 共同研究者
		<input type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 代表研究者 <input type="checkbox"/> 共同研究者
		<input type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 代表研究者 <input type="checkbox"/> 共同研究者
		<input type="checkbox"/> 決定済 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 代表研究者 <input type="checkbox"/> 共同研究者

※ 9の合計金額のうち助成希望金額を8に記入願います。（端数は四捨五入）

※ 平成30年12月末までに終了しない研究は応募の対象ではありません。

12 (これまでの項で紙面不足の場合は、ここに記入してください。)