**研究助成課題推薦書**

（平成30年度）

平成　　年　　月　　日

公益財団法人　日本スポーツ治療医学研究会

代表理事　高　橋　　弘　　　殿

「推薦者」

学会名

学会代表者名

所在地

　 　〒

　 電話番号

「事務局等連絡先」

機関・団体名

所在地

　〒

　 電話番号

　 担当者氏名

貴財団の研究助成課題を下記の通り推薦します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代表研究者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関・役職  所属機関所在地  　〒  電話番号　　　　　　　　　（内線　　　　） | 推薦順位 |
|  |
| 研究課題名 |  | |

以　　上

**公益財団法人　日本スポーツ治療医学研究会**

**研究助成課題推薦の選考過程等について**

（平成30年度）

平成　　年　　月　　日

「推薦者」

学会名

学会代表者名

所在地

　 　〒

　 電話番号

「事務局等連絡先」

機関・団体名

所在地

　〒

　 電話番号

　 担当者氏名

研究助成課題推薦の選考過程等については下記の通りです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴学会における募集方法**  （学会員にどの様に周知し募集を行ったかについて） |  | 応募件数 |
|  |
| **選考過程の詳細**  （どの様な委員会又は部署で選考を行いどの様な基準で推薦に至ったかについて） |  | |

以　上

**研 究助成申請書**

（平成30年度）

平成　　年　　月　　日

公益財団法人　日本スポーツ治療医学研究会

代表理事　高　橋　　弘　　　殿

代表研究者氏名

同自宅住所

　〒

同電話番号

貴財団の研究助成課題を下記の通り申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 代表研究者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関団体・役職名  所属機関所在地  　〒  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　） |
| 主な共同研究者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関団体・役職名  所属機関所在地  　〒 |
| 研究課題名 |  |

（記入注意）　1.黒色のボールペン、ワープロ等により、明瞭にご記入ください。

　　　　　　　2.用紙が不足した場合は、同型別紙をご使用ください。

以　　上

**研究目的・実施計画**

|  |
| --- |
| 研究目的  研究実施計画 |

**期待される成果と成果の公表予定及び必要経費見積り**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期待される成果  成果の発表予定　　　　　年　　月に　　　　　　　誌に投稿予定  または　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。 | | |
| 所要経費の総金額  　　　　　　　　円 | | |
| 費　　用 | 金　　額 | 内　　訳 |
| 設備備品費 |  |  |
| 消耗品費 |  |  |
| 旅費 |  |  |
| 謝金 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 計 |  |  |

**研究経歴等**

|  |
| --- |
| 研究者の経歴  研究者に関する現在までの実績・主要発表論文の表題  国内及び国外における当該研究の現状 |