

受付No. _____

公益財団法人 N S Kナカニシ財団

研究開発助成交付申請書

年 月 日

応募分野（どちらかに○）

歯科医学 ・ 外科医学（脊椎/脊髄領域での骨切削に関する研究）

フリガナ 申請者氏名	_____ (印)
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)
所属機関・職名	_____
所属機関 所在地	〒 _____ 電話 () _____ (内線)
所属機関 E-mail	_____ @
自宅住所	〒 _____ 電話 () _____
自宅 E-mail	_____ @
助成金希望額(総額)	_____ 万円
研究課題名	英訳 : _____

上記の通り、公益財団法人N S Kナカニシ財団へ研究助成候補者を推薦するとともに、採択された場合には、研究実施を承諾いたします。

推薦者氏名 _____ (公印) 職名 _____

所属機関名 _____

所在地 〒 _____

申請者の 学歴及び職歴等	学歴 (大 学) (大学院) 年卒業 年 了 職歴等		
所属学会名			
研究の目的・意義			
研究の実施時間 (最長3年間)	(西暦) 年 月から 年 月まで		
共同研究者の有無	あり ・ なし (どちらかに○) ある場合は、以下に共同研究者の氏名・所属機関名を記載ください		
	氏名	所属機関及び研究室名	
		職名研究における役割	

研究の具体的内容、実行計画等

1) 研究計画（時系列的に説明ください）

2) どのように課題を達成・解決するのか

3) 類似の研究との違い、研究の独創性について

4) 研究の学術的または社会的な意義と社会への波及効果

助成金の主な使途

(助成対象となる研究に関する費用に限ります)

(所属する機関に払う間接経費/オーバーヘッドは助成の対象となりません)

(複数年での助成を希望する場合、それぞれ総額で記載してください)

人件費 ・ 助成者本人、ポスドク、実験補助者、秘書等の人件費は対象となりません。外注作業やデータ整理等のアルバイト等のプロジェクトに必要な人件費は対象となります。	万円
旅費 ・ 交通費、宿泊費の実費とし、日当は対象として認められません。	万円
設備、備品費 ・ 主なものを以下に記載して下さい 名称：_____ 目的：_____ 金額：_____ 万円 名称：_____ 目的：_____ 金額：_____ 万円 名称：_____ 目的：_____ 金額：_____ 万円	万円
消耗品費（薬品、材料費を含む）	万円
会議費	万円
通信費	万円
図書費	万円
その他（内容_____）	万円
その他（内容_____）	万円
その他（内容_____）	万円
その他（内容_____）	万円
合 計	万円

この研究に関する他の機関への資金援助の申請状況

(他の助成金との併用は可能ですが、同一の費用に重複して助成を受けることは出来ません)

他の機関への 資金援助の申請が ・ あり (右に内容を記載) ・ なし (どちらかに○)	助成機関名 : _____	申請金額
	助成金の種類 : _____	万円
	採択内定時期 : _____	
	助成機関名 : _____	申請金額
	助成金の種類 : _____	万円
	採択内定時期 : _____	
	助成機関名 : _____	申請金額
	助成金の種類 : _____	万円
	採択内定時期 : _____	

本研究に関連して発表した主な論文等

- ・5年以内の申請者自身の発表論文で、学会誌等の印刷物に掲載、又は現在印刷中の論文に限ります（投稿中のものは対象外）
- ・著名、題名、雑誌名、巻号、頁、発行年等を記入下さい
- ・代表的論文1件に○印を付けるとともに、その○印を付けた代表的論文1件のPDFファイルを本申請書と同時に提出してください。