

年 月 日

特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会理事長 殿

(ふりがな) 申請者氏名 男  
 生年月日 (西暦) 年 月 日 印 女  
 (満 歳)

平成29年9月1日付けで公募のあった、平成30年度及び平成31年度メディカルハーブ研究助成事業について、下記の通り応募書類を提出します。

申請者に関する事項			
所属機関			
役職			
所属機関の所在地	〒		
	TEL		FAX
E-mail			
自宅住所	〒		
	TEL		FAX
現在行っている主な研究テーマ (なるべく具体的に)			
最終学校名 卒業年月 (西暦)	年 月 卒業		
学位名・授与大学 名・取得年月 (西暦)	年 月 取得		

1. 助成研究の課題名 *30字以内			
(英文)			
2. 研究に関わるすべての研究者 (研究者および共同研究者・研究協力者・研究指導者)			
氏名	所属	エフォート	研究歴または略歴
3. 本研究の意義・目的			
4. 研究期間：平成30年4月1日～平成32年3月31日 (上記以外の場合：平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
5. インフォームドコンセント 取得	平成 年 月 日 (予定・済・非該当)		
6. 大学等における倫理審査委員会承認	平成 年 月 日 (予定・済・非該当)		

7. 研究計画および研究方法	
①研究計画・方法	
②材料（材料を選定した理由も記載）	
③スケジュール	
8. 期待できる研究成果	
9. 本研究に関連する、直近の5年間の文献情報	
①文献情報	
②申請者の先行研究の有無（対応する項目に○印を付けてください。）	
無	
有	
テーマ	
研究期間	
研究成果	
10. 研究経費	
総額 _____ 千円 内 _____ 千円を貴協会に申請する	
■自己資金 金額： _____ 千円	
I. 他研究助成申請の有無	
①本研究に関して、過去3年以内に他団体等から資金援助等を受けている場合は、年度、団体名、金額、課題名 を記入してください（公的助成を含む）。	
年度	
他団体名	
課題名	
金額	千円
②本研究に関して、今年度に他財団等への助成申請の有無を記入してください（公的助成を含む）。	
無	
有	
他団体名	
課題名	
金額	千円
II. 貴協会へ申請する助成金の使用内訳（千円単位・千円未満切捨て）	
A. 実験器具	千円
B. 消耗品購入費	千円
C. 資材・副資材購入費	千円
D. 光熱費	千円
E. ソフト購入費	千円
F. 文献複写費	千円
G. 書籍購入費	千円
H. レポート作成費	千円
I. 助手の人的費	千円
J. その他	千円

A. 実験器具の明細 (品名・仕様)	数量	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
B. 消耗品購入費 (品名・仕様)	数量	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
C. 資材・副資材購入費 (品名・仕様)	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
D. 光熱費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
E. ソフト購入費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
F. 文献複写費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
G. 書籍購入費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
H. レポート作成費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
I. 助手の人的費	人数	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
J. その他	数量	単価	合計
		円	円
		円	円
		円	円