

一般財団法人 中京長寿医療研究推進財団

## 医学研究助成申込書

第12回（令和5年度）

令和 年 月 日

名古屋市熱田区白鳥三丁目5番7号

一般財団法人 中京長寿医療研究推進財団

理事長 井口昭久 殿

研究者氏名

印

所属機関名

職 名

所 在 地 〒

電 話 番 号

研究項目

希望する助成金額と使途内訳（具体的な金額と使途内容は必ず記載ください。）

研究の意義

研究計画の概要（主要設備又は主要経費との関連性についても説明して下さい）

研究組織名

所属機関（所在地）

研究者名

現職

学位

共同研究者名

本研究に関する研究者及び共同研究者の、これまでの業績概況及び発表論文名

連絡先

氏名

電話（ ）

－

番（内線 ）

# 承 諾 書

本機関所属の下記研究者が、一般財団法人 中京長寿医療研究推進財団の医学研究助成の  
申込をすることを承諾します。

研究者氏名

研究者職名

令和 年 月 日

所属機関長 職 名

氏 名

印