

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 14 回（令和 7 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      植 村 和 正 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      【具体的な希望金額（上限 50 万円）と使途内容は必ず記載下さい。】

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