

年 月 日 受理 No.

公益財団法人SBC医学振興財団
 代表理事 相川 佳之 殿

S B C 研 究 助 成 制 度
 助 成 申 請 書

年 月 日

個人の方

氏 名

⑩

団体の方

団 体 名

代 表 者

⑩

活動名称	例) ○○に関する研究
------	-------------

申請者に関する事項	(フリガナ) 氏 名 又は 団 体 名	
	(フリガナ) 申 請 担 当 者	
	連 絡 先	〒 T E L F A X E-mail

※郵送物等は、記載いただいた連絡先住所へ送付いたします。

連絡先が変更となった場合は速やかに事務局までご連絡ください。

活 動 経 歴

※別途、これまでの研究実績を示す資料を添付してください。

申請金額	活 動 費 用	費 用 内 訳				
		費	費	費	費	費
	合計 円	円	円	円	円	円

I. 助成を受けようとする活動について

◆ 研究の目的
◆ 研究のスケジュール・実施体制
◆ 研究成果の発表方法
◆ 活動完了後の展望

◆ その他

※スペースが足りない場合は、別途添付してください

II. 助成金の支出予定 (摘要欄には使途・数量・単価等を具体的に記入して下さい)

費 用	金 額	摘 要
(1) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(2) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(3) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(4) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
(5) 費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
合 計	円	

※スペースが足りない場合は、別途添付してください

<応募に関する注意事項>

- ・本申請書の受領に関する連絡はいたしません。
- ・本申請書の作成および送付に関する費用は応募者の負担となります。
- ・応募書類に重要な不備が認められる場合は選考の対象外とすることがあります。
- ・応募書類は採否に関わらず返却いたしません。
- ・選考の経過及び決定の理由についてのお問い合わせはお受けしておりません。
- ・本事業では、研究発表会等の機会の設定はいたしておりません。
- ・応募案件に係る知的財産権及び助成対象者の進路についてこの法人は関与いたしません。

<助成の対象となる経費について>

助成の対象となる経費は、活動にあたり通常必要とされる費用とし、諸給与・事務所維持費・生活費等の経費は除きます。(ただし、活動のために臨時に雇い入れた者に対する謝礼金についてはこの限りではありません)