別紙様式１（ワード版）

送付先は全日本民医連医師部ishi@min-iren.gr.jpまでお願いします

全日本民医連青年医師SDHに関する研究助成申請書

1. 申請年月日
2. 研究助成申請者の氏名と所属（氏名にはふりがなをつけてください）
3. 申請者のメールアドレス
4. 主たる研究者氏名と所属（申請者と異なる場合。氏名にはふりがなをつけてください）
5. 共同研究者氏名と所属（氏名にはふりがなをつけてください）
6. 論文タイトル（仮タイトルでも可）もしくは研究テーマ、論文掲載（予定）誌（外国語によるものかどうかも含む。本申請の場合掲載雑誌かそのコピー、もしくは予定稿を添付のこと）
7. 受賞対象となった論文など特記事項などあれば
8. 本申請か仮申請か（仮申請の場合、研究の主な目的、研究期限について記載のこと）
9. 倫理審査が必要な研究の場合、通過した審査機関と審査年月日
10. COI表示が適切にされているか、営利目的の企業等による助成の有無
11. イコリス等による論文紹介の可否
12. 研究助成費用申請額（最大２０万円まで）
13. 費用明細（主だった明細で可。申請する助成金額と同額か上回ること。領収書や請求書など費用支出の証明となるようなものがあればコピー等を添付のこと。仮申請の場合は本申請時にあらためてご提出ください）
14. 助成費用振り込み先