令和　　年　　月　　日

　日本音声言語医学会理事長　殿

所属施設・部局

申請者(代表者)　　　　　　　　　　（署名・捺印）

所属部局責任者　　　　　　　　　　（署名・捺印）

研究助成申請書

１．プロジェクトの名称

２．要求額　　　　　　　千円

３．研究組織（代表者に＊印を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属 | 氏　　　　名 | 役割分担 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

４．要求額内訳（機器・薬品・材料費等について詳細に記入願います）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品　　　　名 | 数　量 | 金　　額 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |  |  |

５．医療・治験・倫理委員会等の承認（いずれかを○で囲んでください。）

承認済み　・　申請中　・　準備中　・　必要なし

理由等（承認済みの場合は施設名、委員会名、承認番号等）

６．その他特記事項

７．連絡窓口

申請者：氏名

電話　　　　　　　、ファクス

E-Mail　　　　　　　　　　　　　　　　　（必ず記入願います）

|  |
| --- |
| 研究目的  　目的分野におけるこの計画の学術的な特色・独創的な点及び予想される結果と意  　義について焦点を絞り、具体的かつ明確に記入してください。 |
|  |
| 従来の研究経過・成果又は準備状況等  　経過・成果等について、具体的かつ明確に記入してください。さらに、これらの成果等をふまえ、本研究の着想に至った経緯・準備状況等について、焦点を絞り、具体的かつ明確に記入してください。 |
|  |
| 研究計画・方法  　計画・方法を、主要設備（現有設備を含む）との関連、代表者・分担者の相互関  　係（役割分担状況）も含めて具体的に記入してください。 |
|  |

研究業績および研究費採択実績

(過去5年の研究業績および研究費採択実績について記載してください。

なお、研究代表者または分担者が日本音声言語医学会研究助成を過去に受けている場合は、課題名，期間、経費，成果について簡潔に記載して下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者・分担者氏名 | * 発表論文名・著者名等（音声言語医学誌の投稿規定に沿った書式でお願いします）（著者名：論文名．雑誌名，巻：頁，年次．） * 研究助成期間，研究課題名，研究経費，研究成果（発表論文名，著者名等） |
|  |  |