**受付NO**

**一般社団法人日本女性医学学会 JMWH Bayer Grant**

**2024年度 研究助成金交付申請書**

**西暦　　年　　月　　日**

**一般社団法人日本女性医学学会　JMWH Bayer Grant事務局 御中**

|  |
| --- |
| 申請者（研究代表者）　　会員番号（ 　 ）　入会年月日（ 年 　月 　 日）　　　　　　　　　　　　　　　　学位　医博　西暦　　年　　月　　日生**印**所属機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職所在地〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 　　　 E-mail：自宅住所〒 |
| **II.研究課題(40字以内)** |

|  |
| --- |
| **上記の研究助成金交付申請者を推薦致します。****推薦者　　所属機関****役　　職**　　　　　　　　　　　　**氏名****印** |

|  |
| --- |
| **III.申請者の経歴（大学からの経歴を記入する）**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - 　　　　年　　 月　　　 年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月　　　　年　　 月 |
| **IV.共同研究者氏名　　 所　属　機　関　　　 役　職　　　 学　位** |
| **V.この研究に要する費用と使途**　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　　万円 |
| **VI.この研究テーマについて他の助成機関への助成申請の有無**1. なし　　　　　助成機関の名称　　　　　　助成金の名称
2. あり
 |
| **VII.研究の目的・動機** |
| **VIII.研究実施計画の概要** |
| **IX．この研究から期待される効果、研究の発展性等** |
| **X．研究代表者・分担者氏名****(大学・学部・職名)** | **発表論文名・著者名**（著者名、論文名、学協会誌名、巻（号）、最初と最後のページ、発表年（西暦）（以上の各項目が記載されていれば、項目の順序を入れ替えても可。著者名が多数にわたる場合は、主な著者を数名記入し以下を省略（省略する場合、その員数と掲載されている順番を○番目と記入）しても可。なお、研究代表者及び研究分担者にはアンダーラインを付すこと。） |
|  |  |

|  |
| --- |
| **XI．［日本女性医学学会活動］本会学術集会での発表演題、または本会誌掲載論文** |
| **XII．過去受賞歴について****本学会Schering FellowshipあるいはSchering Grantの受賞歴の有無**１．なし　２．あり　⇒ 受賞年度　：研究テーマ： |