|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付 | 番号 |
| 日付 |

**令和６年度**

**公益社団法人　神奈川県薬剤師会　薬学研究補助金　申請書**

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 研究題名 |
| 申請者 | (ふりがな)氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　(　　　　　年　　　月　　　日生　　　　歳) |
| 所 属 機 関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 最終学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学位および職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 卒　業　年 |
| 所属機関（〒　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　内線所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail:  |
| 共同研究者 | (ふりがな)氏　　名　　　　　　　　　　　　　所属機関、職名 |
|  |
| 研究の目的 |
| 研究計画・方法 |
| 研究補助金の使途内訳 |

※印の欄は記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(裏面につづく)

|  |
| --- |
| 現在までの研究経過 |
| 研究の特色 |
| これまでの研究業績 |
| 関連研究に対する他機関からの助成金, 補助金の有無 |