

一般財団法人 愛知健康増進財団
会 長 三 田 敏 雄 殿

西 暦 年 月 日

研究及び事業
並びに活動の名称 (名 称)

推薦を受ける団体名等	フリガナ 団体名称
	所在地 〒
	代表TEL

推薦する人	フリガナ 氏 名	印
	自宅住所 〒	
	自宅TEL	
	勤務先名	
	職 名	
	勤務先TEL	

助成事業の種類(対象分野に■)	研究・事業・活動等(対象に■)
<input type="checkbox"/> 医学研究・疾病予防分野 ①「医学一般」テーマ『生活習慣とがん等の疾患』 ②「産業衛生」テーマ『作業関連疾患対策』	<input type="checkbox"/> 医学一般 <input type="checkbox"/> 産業衛生
<input type="checkbox"/> 保健衛生分野	<input type="checkbox"/> 保健衛生 <input type="checkbox"/> 環境衛生 <input type="checkbox"/> 健康支援 <input type="checkbox"/> 健康管理システム
<input type="checkbox"/> 健康づくり対策事業分野	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防対策 <input type="checkbox"/> 体力向上・運動指導 <input type="checkbox"/> 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 健康教育
<input type="checkbox"/> 労働衛生分野	<input type="checkbox"/> 健康確保の対策 <input type="checkbox"/> 健康障害の防止対策 <input type="checkbox"/> 健康経営と健康管理システム
<input type="checkbox"/> 介護・福祉分野	<input type="checkbox"/> 介護・福祉 <input type="checkbox"/> 衛生教育 <input type="checkbox"/> 感染症対策 <input type="checkbox"/> 地域福祉

研究及び活動の概要
助成金の使途内訳 (金額も具体的に)	※別紙「応募要項」の助成金の使途に留意してお書きください。
申請の理由・目的 (注:1)

これまでの業績概要 (注:2)
当該研究等における 倫理委員会の審査・ 承認状況 (注:3)	<input type="checkbox"/> 審査・承認を受けている <input type="checkbox"/> 審査・承認を受けていない ・理由 (.....) <input type="checkbox"/> 該当しない

(注:1) この申請にふさわしいと思われる理由と、その目的等をお書きください。
 (注:2) この申請について、今日までに業績があればその業績をお書きください。
 また、その業績を証明できるものがあれば添付してください。
 (注:3) 助成を受けるにあたっては、研究及び活動の内容により、倫理委員会の審査・承認が条件となる場合があります。

◆助成申請書送付先 〒462-0844 名古屋市北区清水1-18-4 一般財団法人 愛知健康増進財団 総務課
 ◆お問い合わせ先 一般財団法人 愛知健康増進財団 総務課 TEL052-951-3331