③ 自 薦
学校・病院・団体等

一般財団法人 愛知健康増進財団

医学研究・健康増進活動等　助成申請書❸

2019年度

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

フリガナ
名　　称※

代表者氏名　　印

代表者の役職名

所 在 地　〒

TEL（代表）

事務連絡者氏名

事務連絡者所属

TEL　　FAX

※名称は、学部・学科・講座・教室名等及び支店名等まで正式に記入してください。

研究及び活動の概要	
助成金の使途内訳（金額も具体的に） 同封の（応募要項）「助成金の使途」をご確認いただき記入してください。	
申請の理由・目的（注：1）	

研究及び事業
並びに活動の名称　（名　称）

助成事業の種類（注：2）	研究・事業・活動等（注：2）
□医学研究・疾病予防分野 ①「医学一般」テーマ『健康寿命と疾病予防』 ②「産業衛生」テーマ『快適職場と健康管理』	□ 医学一般　□ 産業衛生
□保健衛生分野	□ 保健衛生　□ 環境衛生 □ 健康支援　□ 健康管理システム
□健康づくり対策事業分野	□ 生活習慣病予防対策　□ 体力向上・運動指導 □ 歯科衛生　□ 健康教育
□労働衛生分野	□ 健康確保の対策　□ 健康障害の防止対策 □ 健康経営と健康管理システム
□介護・福祉分野	□ 介護・福祉　□ 衛生教育 □ 感染症対策　□ 地域福祉

これまでの業績概要（注：3）	
当該研究等における倫理委員会の審査・承認状況（注：4）	□審査・承認を受けている □審査・承認を受けていない ・理由（　　） □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、その目的等を記入してください。
（注：2）「助成事業の種類」と「研究・事業・活動等」は各1ヶ所にチェックを入れてください。
　　チェックを入れる際は☑ではなく■（塗りつぶし）にしてください。
（注：3）この申請について、今日までに業績があればその業績を記入してください。
　　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：4）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　**TEL 052-951-3331**