

④ 他 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④

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

研究及び事業
並びに活動の名称 (名 称)

推薦を受ける学校・病院・団体等	
フリガナ 名 称※	
代表者氏名	
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

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	

※名称、勤務先名は、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。

助成事業の種類(注:2)	研究・事業・活動等(注:2)
<input type="checkbox"/> 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」	<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) 同封の(応募要項) 「助成金の使途」を ご確認ください 記入してください。	
申請の理由・目的 (注:1)	

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)	<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**