

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
氏 名 印

自宅住所 〒

自宅TEL

携帯TEL

勤務先名※

職 名

勤務先TEL

最終学歴

(卒業年次) 年度卒業

※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。

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)

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)
<input type="checkbox"/> 医学研究・疾病予防分野 ①「医学一般」テーマ「新しい時代の医療に貢献する医学研究」 ②「予防医療」テーマ「健康で豊かな人生を支援する予防医療」	<input type="checkbox"/> 医学一般 <input type="checkbox"/> 予防医療
<input type="checkbox"/> 地域保健分野	<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"/> 感染症対策
<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"/> 産業保健分野	<input type="checkbox"/> 健康の保持増進 <input type="checkbox"/> 作業関連疾患予防 <input type="checkbox"/> 健康経営 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策
<input type="checkbox"/> 介護・福祉分野	<input type="checkbox"/> 介護・福祉 <input type="checkbox"/> 寝たきり予防 <input type="checkbox"/> 認知症対策

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