**２０２５年度　学術奨励賞申込書**

 年 月 日

 **個人研究・共同研究**（何れかを○で囲む）

一般財団法人 近藤記念医学財団

理 事 長　　平川　清　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (　フリガナ　)代表者氏名（申請者） | (　　　　　　　　　　　) 　 印 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 歳 | 男・女 |
|  |  |
|  | 〒 | ℡ |
|  | 〒 | ℡ |
| E-mail |

下記の通り貴財団の助成金申込をいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 印 |
| 所属・職名 |  | ℡ |

**研究課題**（生活習慣病を中心とする各種疾病の早期発見に繋がる臨床検査、画像診断、予防医学等に関する題目を記入して下さい。）

|  |
| --- |
|  |

**研究実施計画書**

(１)目的　　　　(２)計画と方法　　　(３)学術的意義　　　(４)主要研究業績

以上に関しＡ４（片面）、ダブルスペース(行間一行あけ)､１２～１４ポイントで３枚以内にまとめて提出願います。

なお、(４)については、

・研究代表者がこれまでに発表した論文、著書のうち研究課題に関連する主要なものを１０件程度選定し、２０２１年以降の業績を中心に記入してください。ただし、学術誌に未掲載の論文を記入する場合は、掲載が決定しているものに限ります。

・発表論文の記載形式は、論文名、著者名(全員記載とする)、掲載誌名、巻、最初と最後の頁、発表年(西暦)の順に記入してください。

**研究分担者**（共同研究の場合のみ記入すること）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  氏 名 |  所属・職名（現在の専門） |  最終学歴 ・ 卒業年 |  役 割 分 担  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**最終学歴・職歴等** （共同研究の場合は、代表者のもののみを記入すること）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |