2019年度 研究集会等助成申請書

（講習会等）

　　 　　年　　 　　月　　　 　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ氏　　名 | ㊞　　　 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日生　　　（　　　　　　歳） |
| 卒業大学 | 　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　学部卒 |
| 所属機関名 |  |
| 部　署 |  | 職　名 |  |
| 所属機関所 在 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TELE-Mail |
| 希望する連絡先**□**　所属先**□**　自宅 | （所属先以外の場合記入）〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TELE-Mail |
| 臨床経験年月数 | 　年　　　　　月 | 博士号の有無 | 有　　　　　無 |
| 事 務 担 当 者 | フ リ ガ ナ氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　TEL　　　　　　　　　（内線　　　　　）所属E-Mail |

公益財団法人　神経研究所

　理事長　　　加 藤　進 昌　殿

下記のとおり申請いたします。

|  |
| --- |
| 1． 研究集会等の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　次の該当分野に○をつけてください。〔 （１） 精神疾患 　（２） 神経疾患 　（３） 筋疾患 　（４） 精神・神経の発達障害 　（５） 精神保健 〕 |
| 2． 研究集会等の内容次の該当するものに○をつけてください。〔 （１） 講習会 　（２） 講演会 　（３） シンポジウム 　（４） その他（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） 〕 |
| 3． 参加予定人員次の該当するものに○をつけてください。（１） １０名以下　　　　　　　（２） １１～２０名以下　　　　（３） ２１～３０名以下 　　（４） ３１～４０名以下　　　　（５） ４１～５０名以下　　　　（６） ６０名以上 |
| 4． 研究集会等の趣旨・目的 |
| 5． 研究集会等の実施により期待される効果 |
| 6． 開催予定期日　年　　　　月　　　　日 （　　　） ～　　　　年　　　　月　　　　日 （　　　）　 |
| 7． 開催会場及び所在地 |
| 8． プログラム案（本申請書へ添付のうえ提出してください）　講師（演者）の氏名、所属機関名、職名及び演題名（氏　　名）　　　　　　（所属機関名）　　　　　　（職　　名）　　　　　　　　　　（演題名）　 |
| 9． 本研究集会等の対象者（参加者の職種、員数等） |
| 10． 本研究集会等にかかる経費※他の助成機関からの助成を受けている場合には、本法人の助成金のみの経費をご記入ください  |
| 万円 |
| 内　　　訳 | 研究人件費 |  | そ　　　の　　　他 |  |
| 旅費 |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |
| 機械器具備品費 |  |  |  |
| 11.　同一研究集会等につき、他の助成機関からの助成 |
| 無　　・　　有 | 申請先 ： 助成金額 ： 助成期間 ：  |
| 12．本事業終了後、ニュースレター等へ事業に関する報告書を掲載することについて同意しますか。（１）　同意します（２）　同意しません　 |