2025　年 　 月　　日

**2026年度　特定研究　助成申込書**

所属組織名

所属組織(部門)長名

公印

代表研究者

印

（自署の場合は押印不要）

下記の通り研究助成を申し込みます。なお、研究実施計画は別添の通りです。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定研究テーマ名：  中性脂肪蓄積型心血管病の病態解明と喫煙の影響に関する統合的研究 | | | | | | |
| 研究課題名（40字以内）：  副題（任意）： | | | | | | |
| 上記研究課題名の英文表記： | | | | | | |
| 代表研究者 | | 所属組織 及び部門名 | |  | | |
| フリガナ |  | 同 所在地 | | (〒　　　　　) | | |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | 電　　話 | |  | | (内線　　　　　) |
| 役 職 名 |  | Ｆ Ａ Ｘ | |  | | |
| 専門分野 |  | e-mail | | @ | | |
| 以下主な共同研究者 | |  | |  | | |
| フリガナ |  | 所属組織名 | |  | | |
| 氏　　名 |  | 同 所在地 | | (〒　　　　　) | | |
| 役 職 名 |  |
| 専門分野 |  | 電　　話 | |  | | (内線　　　　　) |
| フリガナ |  | 所属組織名 | |  | | |
| 氏　　名 |  | 同 所在地 | | (〒　　　　　) | | |
| 役 職 名 |  |
| 専門分野 |  | 電　　話 | |  | (内線　　　　　) | |
| フリガナ |  | 所属組織名 | |  | | |
| 氏　　名 |  | 同 所在地 | | (〒　　　　　) | | |
| 役 職 名 |  |
| 専門分野 |  | 電　　話 | |  | (内線　　　　　) | |
| フリガナ |  | 所属組織名 | |  | | |
| 氏　　名 |  | 同 所在地 | | (〒　　　　　) | | |
| 役 職 名 |  |
| 専門分野 |  | 電　　話 | |  | (内線　　　　　) | |
| 所属する研究グループ（講座、研究室等）に、代表研究者として当財団の2026年度研究助成を受ける、あるいは新規助成申込をする方がいる場合は右欄に記載してください。 | | | 代表研究者名：  該当しない場合はチェックしてください。 | | | |
| 本研究課題あるいは同様な内容の研究課題について、他の組織から助成金を受けている場合は、その助成組織名及び助成金額を右欄に明記してください。 | | | 該当しない場合はチェックしてください。 | | | |

**【アンケートへのご協力のお願い】**[**こちら**](https://forms.gle/k2ePr1dHXfPc4FzHA)**よりご回答をお願いいたします（所要時間約3分）。**