**２０２３年度 学術研究助成申請書**

　 　　年　　 　　月　　 　　日

公益財団法人　神経研究所

睡眠健康推進機構

機構長　大川　匡子　殿

下記のとおり申請いたします。

1. 申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ㊞ | 生年月日（年齢） | 西暦 　　年　　 月　 　日生（　　 　　歳） |
| 所属機関 |  |
| 部署 |  | 職名 |  |
| 所属機関所 在 地 | 〒　 　 -  |
|  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-Mail |  |
| 希望する連絡先**□**　所属先**□**　自宅 | （所属先以外の場合記入）〒　 　 -  |
|  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-Mail |  |
| 学　　　位 |  | 専門科目 |  |
| 事務担当者 |  |  |
| 所　属 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-Mail |  |

2. 研究課題（40字以内で記入してください）

|  |
| --- |
|  |
| 次の該当分野へ ○ をつけてくださいＡ　睡眠科学　　　Ｂ　睡眠医学　　　Ｃ　睡眠社会学 |

3. 共同研究者（2名以上の場合、適宜表を追加してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ㊞ | 生年月日（年齢） | 西暦　 　年　 　月　 　日生（　　 　歳） |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  | 学　　位 |  |
| 所属機関所 在 地 | 〒　 　 -  |
|  |
| Tel |  | Fax |  |
| E-Mail |  |

4. 研究計画

（目的、方法、実施計画、共同研究者がいる場合、その役割を記載してください。字数に制限はありません）

|  |
| --- |
|  |

5. 当該研究の特徴、独創性などを800字以内で記載してください。

|  |
| --- |
|  |

6. 倫理に関する配慮および利益相反に関する申告（具体的に記載してください）

|  |
| --- |
|  |
| 所属施設の倫理委員会承認の有無について　【　有　・　無　・　申請中（承認の見込み時期：　　　　　　）】※有の場合は、承認書の写しを添付のこと。申請中の場合は、承認の見込み時期を記入のこと。 |

7. 申請者の業績リストを添付してください（別紙に発表論文を研究課題にかかわらず、最近５年間を直近順５編以内で記載してください）

8. 本研究に係る経費について記載してください。

　　※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 ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 機材器具備品費　　　　　　　　　　　　　　 万円

　　　　研究人件費　　　　　　　　　　　　 万円　　　　 そ　　　の　　　他　 　　　　　　　　　　　　 万円

　　　　旅費　　　　　　　　　　　　 万円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 万円

　　　　消耗品費　　　　　　　　　　　 　万円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 万円

9. 同一課題につき、他の助成機関からの助成

|  |  |
| --- | --- |
| 無　　・　　有 | 申請先：助成金額：助成期間： |

10. 本法人の助成歴

|  |  |
| --- | --- |
| 助成歴の有無 | 助成年度及び助成名　例：２０２０年度学術研究助成 |
| 無　　・　　有 |
| 研究課題名 |

11. 本研究終了後、本法人会報誌ニュースレター等へ研究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

|  |
| --- |
| 本研究の申請を承認する。 |
| 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 申請所属機関長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |