

整理番号 _____

採否通知 _____

財団法人 大阪難病研究財団
理事長 藪本 秀雄 殿

平成23年度 医学研究助成 申込書

研 究 者	ふりがな 氏名 ⑩	推 薦 者	ふりがな 氏名 ⑩
	生年月日 年 月 日 (歳) 男・女		所属機関・部課・職名
	自宅住所 〒 TEL		所在地 〒 TEL
	所属機関・部課・職名		連絡先 TEL : E-mail :
	研究協力者又は共同研究者		
	所在地 〒 TEL	氏名	所属機関・部課・職名
	連絡先 TEL : E-mail :		
	略歴		

研究課題

(30字以内で簡潔に書いてください)

研究目的及び方法

希望研究助成金額

使途内訳

万円