

整理番号 _____
採否通知 _____

公益財団法人大阪難病研究財団
理事長 藪本 雅巳 殿

平成 31 年度 (2019 年) 医学研究助成申込書

研究者	ふりがな 氏 名 ㊞	推 薦 者	ふりがな 氏 名 ㊞
	生年月日 年 月 日 (歳) 男 ・ 女		所属機関・部課・職名
	自宅住所 〒	所在地 〒	TEL :
	所属機関・部署・職名	連絡先 TEL :	E-Mail :
	所在地 〒	研究協力者または共同研究者	
	TEL :	氏 名	所属機関・部課・職名
	連絡先 TEL :		
	E-Mail :		
略歴			

研究課題名	
(30 字以内で <u>専門用語には必ず</u> ふりがなを付けて簡潔に書いてください)	
希望助成金額	使途内訳
万円	