**研 究助成申請書**

（2025年度）

2025年　　月　　日

公益財団法人　日本スポーツ医学財団

代表理事　松　本　　秀　男　　　殿

代表研究者氏名（自署）

書類送付先住所

　〒

電話番号

メールアドレス

貴財団の研究助成課題を下記の通り申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表研究者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関団体・役職名  所属機関所在地  　〒  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　） | | | |
| 主な共同研究者 | 氏名（ふりがな）  生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生  所属機関団体・役職名  所属機関所在地  　〒 | | | |
| 研究課題名 | **研究倫理委員会名称**：　　　　　　　　　**承認番号**： | | | |
| 所属学会  該当に〇を記入 | 日本臨床スポーツ医学会 | 日本スポーツ整形外科学会 | 日本アスレティックトレーニング学会 | 日本スポーツ理学療法学会 |
|  |  |  |  |

（記入注意）　1.黒色のボールペン、ワープロ等により、明瞭にご記入ください。

　　　　　　　2.用紙、項目が不足した場合は、同型別紙をご使用ください。

**研究目的等**

|  |
| --- |
| **研究目的**  **国内及び国外における当該研究の現状** |

**研究実施計画等**

|  |
| --- |
| **研究実施計画**  **期待される成果**  成果の発表予定　　　　　年　　月に　　　　　　　誌に投稿予定  または |

**研究者の経歴等**

|  |
| --- |
| **研究者の経歴**  **本研究計画に関連する研究者の現在までの実績・主要論文** |

**必要経費見積り**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究全体にかかる費用の総額  　　　　　　　　円 | | | | | |
| その内当財団の研究助成での必要経費の総額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 項目 | 設備備品費 | 消耗品費 | 旅費 | 謝金 | その他 |
| 合計金額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

**各項目の内訳**

|  |  |
| --- | --- |
| 設備備品費 | 金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 消耗品費 | 金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 旅費 | 金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 謝金 | 金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他 | 金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**以下は提出不要です**

＜必要経費見積記載についての注意事項＞

※**今回助成を申請する研究に特化しないPC、ハードディスク等の備品は不可**

※学会発表の為の学会参加費及び旅費は代表研究者本人が、本研究成果を発表するための費用のみとし、**国内学会旅費（上限5万円）、国際学会旅費（上限10万円）、英文校正費、英文投稿費の合計が20万円を超えないもの**とする。

※下記の記載例を参考に、補足の説明が必要なものについては研究への必要性を空いた欄に記載すること。研究に別途必要な項目がある場合には、項目を追加して記載してもかまわない

各項目の内訳記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 設備備品費 | 金額 |
| ●●分析器（商品名、型番なども記載すること）　1台 | ●円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 消耗品費 | 金額 |
| ●●キット（商品名を記載）　　●円×●キット | ●円 |
| ラット飼育費　●●円×●匹 | ●円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 旅費 | 金額 |
| 本研究発表のための学会参加（●●学会、国内） | ●円 |
| 本研究のための学会参加（●●学会、海外） | ●円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 謝金 | 金額 |
| ボランティア一名あたり●円×●名 | ●円 |

|  |  |
| --- | --- |
| その他 | 金額 |
| ●●検査費用　●円×●名 | ●円 |
| ●●の為に上記〇〇検査が必要等、説明が必要な項目については空いた欄に詳細を記載すること。 |  |
|  |  |