|  |
| --- |
| 審査番号： |

 **一般社団法人 看護系学会等社会保険連合（看保連）**

**2024年度　研究助成　申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者情報（研究代表者）** | 所属学会・団体名 |  |
| (ふりがな)氏 名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL／FAX | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **研究体制** |
| 氏 名 | 所属･役職 | 本研究の中での役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **申請受理の通知法** |
| （　 　 ）電話 （ 　　 ）Ｅ－ｍａｉｌ |

|  |
| --- |
| **採用または不採用時の通知法** |
| （　　　）電話　　　（　　　）Ｅ－ｍａｉｌ　　 |

|  |
| --- |
| **研究実施計画概要** |
| １．研究テーマ |
|  |
| ２．研究の概要 |
|  |
| ３．どのような診療報酬・介護報酬提言につなげるための研究か |
|  |
| ４．研究実施計画(スケジュール) |
|  |
| **所要研究費内訳明細書**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円） |
|  | 費　目 | 内　容 | 予算額 |
| (1)会議費 |  |  |
| (2)諸謝金 |  |  |
| (3)賃金 |  |  |
| (4)消耗品 |  |  |
| (5)旅費 |  |  |
| (6)印刷製本費 |  |  |
| (7)その他 |  |  |
| 総合計 |  |

|  |
| --- |
| **所属学会・団体からの本研究助成申請に対する承認** |
| このたび、2024年度 一般社団法人 看護系学会等社会保険連合研究助成による下記研究を学会・団体として申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　研究代表者名　　　 研究テーマ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　 　学会名もしくは団体名：　　　　　　　　　　　　　　　理事長もしくは代表者（自署）：　　　　　　　　　　　　　　 |