様式１

**公益社団法人日本歯科衛生士会　日本歯科衛生学会**

**２０２３年度 歯科衛生臨床研究助成 申込書**

私は、歯科衛生臨床研究　助成金支給候補者として申し込みをいたします。

１．候補者（２０２３年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな： | | 性別：  男 ・ 女 |
| 氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| 生年月日：　　　　年　　月　　日　（満　　　歳） | 会員番号： | |
| 学歴（歯科衛生士学校以降を記載してください）： | | |
| 業務経験歴： | | |
| 所属機関： | | |
| 所属機関の所在地：  　〒  TEL | | |
| 現住所：  　〒  TEL | | |

２．所属機関 所属長の承認

|  |
| --- |
| 所属機関： |
| 役　　職： |
| 所属長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

３．本助成研究

研究の学術的背景、特色および意義、研究の目的を達成するための具体的な実施計画・方法について具体的かつ明確にご説明ください。

|  |
| --- |
| テーマ： |
| 概　要： |

４．研究助成の主な用途（項目と費用）

|  |
| --- |
|  |

５．科研費等他機関への研究助成申請状況（内容、申請先、費用）

この応募研究テーマに関連して、他の研究助成金を受けた場合もしくは現在申請中の場合は、その研究助成金の名称、研究テーマならびに助成金額もしくは現在申請中の金額を記してください。

|  |
| --- |
|  |