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**

**2024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（2024年　　月　　日現在）　※各項目の記載欄は適宜調整してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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．本助成における研究課題について　　　※各項目の記載欄は適宜調整してください。

|  |
| --- |
| **研究テーマ：** |
| **Ⅰ．研究の概要** |
| **Ⅱ. 研究の背景・目的**  **(背景・目的には、本研究に関連する国内外の先行研究の状況や参考文献を含め、記載してください。)** |

|  |
| --- |
| **Ⅲ．研究の意義(歯科口腔保健の推進に寄与するための本研究の意義を記載してください。)** |
| **Ⅳ. 研究計画・方法**  **(研究期間における具体的な研究計画とその予定、使用する器具・器材等ついて記載してください。)** |
| **Ⅴ．研究助成の主な用途（項目と費用について明記してください。）** |
| **Ⅵ．科研費等他機関への研究助成申請状況**  **（この応募研究題目に関連して、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、内容、助成金額もしくは現在申請中の金額を記してください。）** |