

平成29年度 看護研究助成金 申込書

申込者 又は、代表者	所属期間 (職名)	()		(ふりがな) 氏 名	印	年齢 歳
	所在地	〒		自宅住所	〒	
	Tel () -	-		*メールアドレスは自宅か所属いずれか一つでよい	Tel () -	-
	Fax () -	-			Fax () -	-
	Mail: _____	_____			Mail: _____	_____
日本腎不全看護学会会員歴: _____ 年 会員番号: _____						
本学会での発表テーマ:						
略歴						
共同研究者	所属機関名	職 名	氏 名	所属機関名	職 名	氏 名
研究課題						
本研究に関するこれまでの成果						
本研究の収 支予算概要	自己資金	万円	費用内訳 (具体的にご記入ください)			
	助成希望額	万円	助成を希望する費用項目		助成対象外の費用	
			万円		万円	
			万円		万円	
			万円		万円	
			万円		万円	
			万円		万円	
推薦者	所属機関					
	所在地					
	職名					
	氏名					

研究計画書

研究テーマ	
研究動機と目的	(研究期間内に何をどこまで明らかにしようとするかを具体的に記入してください。)
研究しようとする問題の背景	
研究の意義	
研究方法	【研究デザイン】
	【研究対象・期間】
	【データ収集の方法】 ・・・具体的な方法や手順など
	【データの分析方法】
	【倫理的な配慮】

役割分担	
研 究 の 全プロセス のタイム・ テーブル	

*助成金の使用内訳に際しては、以下の制限があります。

- ・研究期間内に支出が完了すること
- ・下記の費用は助成対象としません
授業料、学会年会費、什器類購入費