

2021年4月助成
「眼医療研究助成」候補者推薦書（木原満智子眼医療基金）

2020年 月 日

公益財団法人 大阪コミュニティ財団御中

推薦研究機関・大学名			
推薦者	役職		
	氏名	⑩	
所在地	〒	—	
	住所		
	電話		
担当者	氏名	所属・役職	
	電話	E-mail	

下記の研究を行う研究者を「眼医療研究助成」の候補者として推薦します。

1 研究テーマ										
名称										
骨子										
成果を収める時期										
2 推薦を受ける研究者										
ふりがな					生年月日	西暦	年	月	日	
氏名					満年齢	才				
所属	機関名				役職					
	〒	—	住所							
	電話				FAX	E-mail				
自宅	〒	—	住所							
	電話									
共同研究者	氏名				所属機関					
3	研究テーマ全体に要する費用（10のAの金額）						円	助成比率		
4	助成金申請額（10のBの金額）						円			
5 研究テーマに関する他の助成機関への申請の有無（いずれかに○をつけてください）										
	ない									
	ある →	助成機関名					金額	円		

*個人情報、 「眼医療研究助成」 選考のためのみに利用いたします。

6 研究目的、その必要性、有用性

7 研究実施計画の大要及び倫理面への配慮

<倫理面への配慮>

8 研究テーマに関する研究者の現在までの実績

9 研究テーマに関する日本及び外国での研究の現状

--

10 研究実施の収支バランス

(1) 資金の調達方法

調達手段	金額 (円)	備考 (内容、内訳や算出根拠を具体的に)
当財団助成金 (申請額) B		大阪コミュニティ財団「木原満智子眼医療基金」
その他		
合 計 A		

(2) 研究テーマ全体に要する費用の内訳

費目	<small>本財団の助成金を充てたい費目に○</small>	金額 (円)	備考 (内容、内訳や算出根拠を具体的に)
設備・備品費			
消耗品費			
旅費・交通費・宿泊費			
謝金			
その他			
合 計	A		

(助成金の活用を申請している費目に関するものについては、価格表や見積書を添付のこと。選考委員がその価格の妥当性を判断するために必要です。)

