（様式1）

**一般社団法人　北海道医療ソーシャルワーカー協会　研究サポート事業**

申請日（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日

一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会　会長殿

　　2024年度一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会　研究サポート事業を利用したいので、次のとおり申請書を提出します。

1.申請者（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 所属部署 |  |
| 職名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Mail |  |
| 応募に関する所属長等からの了解 | 有　・　無 |

2.共同研究者（いない場合は記入の必要なし）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属機関名 | 所属機関職名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.申込の動機（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 興味のあるテーマや取り組んでみたい研究など |  |

4.研究計画（記入できる範囲でご記入下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ | ※テーマが決まっている場合はご記入下さい。※テーマ等が決まっていない場合は現時点で興味・関心等ある事柄について御記入下さい（以下項目同様） |
| 研究期間 | 　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 目的 |  |
| 概要 | ※「研究の目的・必要性」から「倫理面への配慮」までを1,000字以内で簡潔に記入すること（決まっていない場合は可能な範囲で記入下さい） |
| 研究の計画・方法 |  |
| 研究の効果 |  |
| 補助申請額 | ※研究に要する経費等を見通せる場合は記入下さい。　　　　　　　　　　円 |

5.予算書（研究に要する経費等を見通せる場合は記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 合計金額 | 支出予定額 | 内訳 |
| 申請金額 | 自己負担額 |
| 謝金※上限1万円 |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 通信費 |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |
| 消耗品 |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

※上限（5万円）がありますのでご注意下さい