

様式第1

日本薬剤師会
薬剤師職能振興研究助成事業 交付申請書

令和 年 月 日

(ふりがな) 申請者氏名	
日本薬剤師会会員・非会員の別(どちらかに○)	1.会員(会員番号：) 2.非会員
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 (歳)
自宅住所	〒
自宅電話番号・e-mail	電話： e-mail：
所属機関の名称	
所属機関での職名	
所属機関の所在地	〒
所属機関の電話番号・e-mail	電話： e-mail：
連絡先(どちらかに○)	1.所属機関 2.自宅

募集要項に記載された内容について理解、確認し、定められた事項について

☐ 同意する

1.調査・研究タイトル

--

分野番号（ ）※①～④のいずれかを記入(募集要項 p.1「2.調査・研究課題」をご確認ください)

2.調査・研究計画

目的（400 字以内）	
調査・研究の実施計画の概要（1000 字以内）	
（採択された場合の） 調査・研究に関するスケジュール （○年○月と記載）	
期待される成果 （400 字以内）	
本件に関する現在までの実績(ない場合は未記入) （1000 字以内）	
都道府県薬剤師会/地域薬剤師会との連携の有無 （どちらかに☑）	☐ 有（薬剤師会名： ） ☐ 無 「有」で、申請者の所属が都道府県薬剤師会/地域薬剤師会ではない場合、以下も記載し、併せて別紙 1 も提出ください。 1. 申請者と都道府県薬剤師会/地域薬剤師会とでデータ・情報を共有し、連携体全体として新たな付加価値の創造や生産性を図る予定がある。 ☐ ある ☐ ない 2. 本研究に関連して、過去に当該薬剤師会と連携した取組みがあればその内容 （ ） 3. 申請者と都道府県薬剤師会/地域薬剤師会の役割分担・連携の内容 （ ）
共同研究を行う場合、各研究者の所属・職名、分担内容	

3.助成申請額

_____円

4.経費の支出予定

区分	金額（円）	内訳（概算）
諸謝金 ※支払先(予定) も記載。		(支払先：)
旅費		(事業の実施において必要であることの理由：)
図書費		
消耗品費		
印刷製本費		
通信運搬費		
会議費		
作業費		
論文作成費		
雑費		
その他 ※支払先(予定) も記載。		(支払先：)
間接経費		
合計		

※旅費の申請に当たっては、事業の実施において必要であることの理由を記入すること。

5.当該研究に関する他機関への助成申請の有無 申請中・申請予定・無（いずれかに○）

※すでに助成金交付が実施されている場合は本会の助成対象になりません。

6.経歴

最終学歴		
学位		
略歴	年月（西暦）	主な経歴（最終学歴以降）

研究歴 業績 (直近 3 年間)	年月(西暦)	

年 月 日

本研究に関する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会との連携・協力について

申請者氏名_____

連携・協力する都道府県薬剤師会／地域薬剤師会名：_____薬剤師会

担当者名及び役職：_____（役職：_____）

担当者の連絡先

電話番号：_____ e-mail アドレス：_____

※研究に関する内容の確認のため、こちらに記載いただいた方へ審査委員会から連絡することがあります。