様式第1号

記入日20　　 年　　月　　日

**一般社団法人日本ハンドセラピィ学会　研究助成事業**

**20 年度　学術研究課題　申請書**

一般社団法人 日本ハンドセラピィ学会

理事長　大山峰生　様

申請者所属先

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　＊自筆ならびに押印ください．

　以下の研究課題に対する日本ハンドセラピィ学会研究助成事業の研究助成金を申し込みます．なお，採択された場合，研究領域や研究代表者氏名を会員ニュースや学会HP上等で公表することに同意します．

・申請研究課題名

・申請研究領域　　　□臨床研究領域　　　□実験研究領域　　　□教育・人材育成領域

＊いずれかにチェックしてください．

研究代表者　＊申請者と同一人にしてください．

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所属先 |  |
| 連絡先名 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 会員番号・正会員歴 | * 年
 |