

受付日		受付 番号		採・否	
-----	--	----------	--	-----	--

## 2026年度 黒川利雄がん研究助成基金 助成金申請書

年 月 日

公益財団法人 宮城県対がん協会

会 長 下 瀬 川 徹 様

掲題の助成金の給付を受けたく、下記のとおり申請いたします。  
なお、この書類記載の氏名・住所等の個人情報について、運営委員会等への提供に加えて主務官庁等に開示することに同意いたします。また、助成が決定しましたときは受給者の氏名・所属・助成対象の内容・業績等について公表される場合があることに同意いたします。

申請者	氏名	(フリガナ)		生 年 月 日	(西暦) 年 月 日 ( 歳 ) ※2026 年 3 月 31 日現在のご年齢をご記入ください。			
		所 属 機 関	名 称		(フリガナ)		部 局	
					役 職			
	専 門 分 野							
	所在地	〒						
TEL ( )		E-mail アドレス @						
主な 共同 研究者	氏名	(フリガナ)		所 属 機 関 名 称				
				役 職				
申請者の略歴		年 月 大学 学部 学科 卒業						
		【卒業後の略歴】						



研究主題	
研究目的及び研究計画（2ページ以内にまとめる）	
1／2	



研究目的及び研究計画（2ページ以内にまとめる）	
2 / 2	
倫理審査	<p>※申請研究の倫理審査について、下記のいずれかにチェックを入れてください</p> <div><input type="checkbox"/>倫理委員会の承認を受けた研究です（承認番号：）</div> <div><input type="checkbox"/>倫理委員会の承認を申請中または申請予定の研究です</div> <div><input type="checkbox"/>倫理委員会承認不要の研究です</div>



申請金額 (千円)		千円				※千円以下は切り捨てとさせていただきます ※実際の助成額は、運営委員会にて決定いたします ※金額記載例) 90 万円→9 0 0、100 万円→1 0 0 0
助成金の 使途予定	科 目	金 額 (千円)				備 考
	①人 件 費				千円	
	②会 議 費				千円	
	③設備 ・ 備品費				千円	
	④消 耗 品 費				千円	
	⑤旅 費				千円	
	⑥外 注 費				千円	
	⑦そ の 他				千円	
申請者の 研究実績	※当該研究に関する申請者のこれまでの実績と主要発表論文及び学会発表等(3 篇、申請者が共同執筆者「○人中○番 目」を明記)					
外部研究資金 受給の有無	※過去 2 年間の外部研究資金受給の有無。有の場合、資金給付者毎に具体的な内容、金額等を下欄に ご記入ください(この申請書に記載の研究テーマに関連しないものも含みます)					無 ・ 有

注) この申請でご提供いただく氏名・住所等の個人情報については、当基金の助成事業のためのみに使用します。