

日本薬剤師会
薬剤師職能振興研究助成事業 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

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 <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 有（薬剤師会名： _____ ） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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		
旅費		
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		
合計		

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について

申請者氏名

1. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会名：

2. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会 担当者名及び役職： (役職：)

3. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会 担当者の連絡先電話番号及び e-mail アドレス
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。