

公益信託西宮機能系基礎医学研究助成基金(大学院学生)

申 請 書

この申請書および添付した資料に記載されている事項は、研究助成金の支給対象者の選考等、当公益信託の運営に必要な範囲で、当公益信託の運営委員が取得・利用すること、また、支給が決定した場合は、氏名、学校等の情報が主務官庁へ提供されることについて、同意のうえ応募します。

フリガナ 氏名	(年 月 日生満 才)
現住所	〒 Tel ()
e-mail	e-mail:
所属研究機関	名 称 所在地 〒 Tel ()
現在の所属	
最終卒業学校	
所有する資格	有()・無
現在受給中 および申請中の助 成金 (学振DC含む)	(受給中) 有()・無 ----- (申請中) 有()・無
学歴・職歴	
研究課題	
推薦理由	
推薦者	(職名) (氏名) 印

以上の通り、記載事項に相違ありません。

貴基金の研究助成を受けたく、書類一式を添えて申請いたします。

(ご記入日)令和 年 月 日

公益信託西宮機能系基礎医学研究助成基金

受託者 三菱UFJ信託銀行株式会社 殿

申請者 氏名_____ 印

※受託者は、個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日法律第57号)に基づき、申請者の個人情報を、公益信託業務を遂行するために必要な範囲内に限定して利用いたします。