

オゾン療法研究所 (有)オゾノサンジャパン・研究助成

いずれかを○で囲んで下さい

研究計画書 (令和 2 年度) R2.4~R3.3 又は R2.4~R4.3

試験研究 (1年間)	調査研究
試験研究 (2年間)	

研究者代表者	フリガナ 氏名	年 月 日 生 年 齢 歳				
	所属機関及び役職名					
	機関所在地	〒				
	電話番号 ファックス番号 E-メールアドレス	()	—	内線()		
	専門分野		最終学歴		学位	

研究課題名					
-------	--	--	--	--	--

共同研究者	氏名	所属機関	職位	最終学歴	生年月日 (西暦)	

所属長推薦書	当機関に所属する上記申請者をオゾン療法研究所研究助成対象候補者として推薦します。				
	氏名				職印または公印
	機関名	職位 :			

研究目的					
------	--	--	--	--	--

研究計画

時系列で具体的に記載して下さい。

最近の研究論文（本申請研究に関連のある論文が望ましい）約5編

--

必要経費

	品 目 ・ 摘 要	数 量	単 価	金 額 (千円)
1. 備品費				
2. 消耗品費				
3. 謝金 (被験者費・委託費 を含む)				
4. 研究報告会 参加旅費				
合 計				

本申請研究に関わる他機関による研究助成の有無（A. B. C. いずれかに○印）

A. 有りません
B. 申請中です 助成機関名()、決定時期()
C. 助成受託研究中です 助成機関名()、助成期間(~)

提出 令和 年 月 日