

株式会社ジャパン・メディカル・カンパニー

共同研究公募制度

共同研究申請書

申請日： 年 月 日

所 属：

申請者：

1. 共同研究申請者

申請者	氏名		写真
	フリガナ		
	英字表記		
	年齢	歳（申請日現在）	
所属	機関名		
	部署等		
	役職		
	所属		
	住所	〒 -	
	電話番号		
	E-mail		

2. 申請する共同研究テーマと申請費用総額

申請概要

研究テーマ	
研究期間	年 月 ~ 年 月
申請費用総額*	円 (消費税込)

*上限 1,500,000 円 (消費税込) としてご記入ください

本研究に関して受けた他の助成金名称、期間、助成額があれば以下に記入
(無い場合は「なし」とご記入ください。以下同様)

助成金名称	期間	助成額 (円)
	~	円
	~	円
	~	円
	~	円
	~	円

3. 申請費用の使途

科目	内訳	金額 (円)

※消費税込の金額をご記入ください

※記入欄が足りない場合は行またはページを増やしてご記入ください

4. 共同研究を実施する上での考慮事項

予定している共同研究者

氏名	所属機関	役職

※記入欄が足りない場合は、行またはページを増やしてご記入ください

考慮すべき特許等

公開番号	特許番号 (未登録の場合は未記入)	出願人	筆頭発明者

※記入欄が足りない場合は、行またはページを増やしてご記入ください

5. 申請者の経歴

申請者の所属履歴および研究経歴を箇条書きで記載してください。

※記入欄が足りない場合は、ページを増やしてご記入ください

6. 本共同研究に関わる現在までの研究状況

本研究に関連するこれまでの研究経過があれば、概要をご記入ください。

また、関連する論文発表等があれば、その学会・書誌等の情報・概要をご記入ください。

※記入欄が足りない場合は、ページを増やしてご記入ください

7. これからの研究計画

【背景】

【目的】

※記入欄が足りない場合は、ページを増やしてご記入ください

7. これからの研究計画

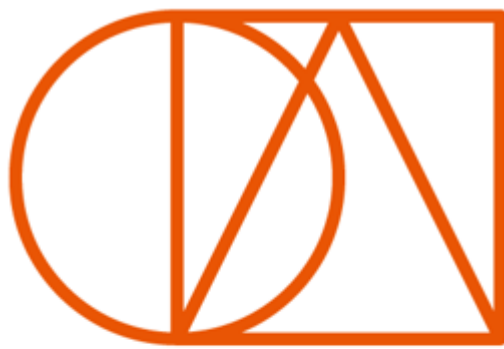
【実施計画】

※記入欄が足りない場合は、ページを増やしてご記入ください

8. その他

共同研究を進めるにあたって、研究分担、費用の支払い条件等、ご要望があればご記入ください。

※記入欄が足りない場合は、ページを増やしてご記入ください



**Japan
Medical
Company**

**世界にまだない、
選択肢をつくる。**

Create The Choices.