|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日本救急医学会学会主導研究申請書 | ＊受付番号  ＊承認番号 |  |

　　　　　　　年　　　月　　　日

研究代表者

所属・職名：

氏名：

連絡先（E-mail）：

下記の研究について研究計画書を提出します。

研究課題名：

助成金支給の対象にならなかった場合でも、学会主導研究としての認定を希望（する、しない）。

いずれかを選択してください。

＊受付番号、承認番号は記載しないこと。