# 公益社団法人 熊本県理学療法士協会 研究の助成に関する申請書

申請日 西暦　　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭研究者 |  | 所属 |  | |
| 自宅住所 | | 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 共同研究者 |  | 所属 |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 研究テーマ |  | | | |
| 方法と予想結果 |  | | | |
| 申請に至った理由 |  | | | |
| 誓 約 書 | | | | |
| 私は公益社団法人熊本県理学療法士協会からの研究助成金に対し、その源泉が会員および賛助会員 | | | | |
| の会費によって賄われていることを念頭に置き、研究費の適正な使用・管理に努めることを誓約いたします。 | | | | |
| また、助成を受けた年度を含む2年以内に研究活動報告書を提出すると共に、研究の成果を熊本県理学 | | | | |
| 療法士学会で発表します。 | | | | |
| 西暦　　 年 月 日 | | | | |
| 氏名 印 | | | | |

＊協会記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 理 | 教育学術局長 | |  |  | 印 | 受理日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 決 裁 | 助成金額 | 円 | | | | 支給日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 支給方法その他 |  | | | |
| 決裁者 | 会 長 | |  |  | 印 |
| 備 考 |  | | | | | | | | | |

公益社団法人 熊本県理学療法士協会

# 公益社団法人 熊本県理学療法士協会 研究の助成に関する推薦書

西暦 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦者氏名 | 印 | |
| （要：自筆署名） |
| ご 所 属 | 名 称 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |
| 役 職 名 |  | |
| 被推薦者との関係 |  | |
| 推薦理由 |  | |

私は、公益社団法人 熊本県理学療法士協会 研究の助成対象者に下記の研究者を推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 被推薦者氏名 |  |
| 所属名 |  |
| 職 名 |  |
| 研究テーマ |  |

公益社団法人 熊本県理学療法士協会

# 公益社団法人 熊本県理学療法士協会 研究の助成に関する計画変更届

申請日 西暦 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出者氏名 | 印 | | | | 所属 |  | | | |
| 自宅住所 |  | | | | | | 電話番号 | |  |
| 研究テーマ |  | | | | | | | | |
| 変更箇所 | □ | 期間の延長 | □ | 研究計画の変更 | |  | □ | その他（ ） | |
| 変更理由お よ び 変更内容 |  | | | | | | | | |

＊協会記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 | 決裁日 | 西暦 | 年 |  | 月 | 日 | 決裁者 | 公益社団法人 |  |
| 熊本県理学療法士協会 | |
| 決裁内容 |  | 可 | ・ | 非 |  | 会長 | 印 |
| 決済内容 |  | | | | | | | | |

公益社団法人 熊本県理学療法士協会

# 熊本県理学療法士協会 活動公表申請書

申請日 西暦 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭公表者 | |  | 所属 |  | | |
| 所属部局 | |  | | | 役職 |  |
| 共同公表者 | |  | 所属 |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 公表テーマ |  | | | | | |
| 公表手段 |  | | | | | |
| 具体的内容 |  | | | | | |
| **誓 約 書**  **私は熊本県理学療法士協会会員として上記手段で協会活動を公表するに当たり、公益社団法人熊本県理学療法士協会活動公表規程を遵守します。また公表の是非に関して理事会の決定に従うことを誓約いたします。**  **西暦 年 月 日氏名 印** | | | | | | |
| 担当理事 | | 印 | 印 | | | |

＊協会記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 公表可否 | 可 ・ 否 | 決裁日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁者 | 会長 | 印 |  |  | | | |
| 備考 |  | | | | | | |

公益社団法人 熊本県理学療法士協会