

公益信託 玉井記念整形外科学研究助成基金

平成 27 年度 募集要項

1. 趣旨と目的

国民の生命の維持と健康の増進にとって重要である医学の研究を助成するため、主として熊本県内の大学、研究機関又は病院における整形外科学及びリハビリテーション医学に関する基礎的、臨床的研究を助成するために公益信託を設定し、これにより研究者の育成と医学の振興に寄与することを目的とします。

2. 助成内容

研究助成

整形外科学及びリハビリテーション医学に関する基礎的、臨床的研究で有望かつ優秀と認められるもの。

交流助成

- ・国内交流 学会シンポジウム等の開催又はこれらへの参加、受け入れなど。
- ・国際交流 海外出張、外国人研究者来訪交流など。

その他助成

論文の印刷、翻訳、出版などに係る費用の援助。

3. 助成対象

原則として次のものに所属している研究者又はそのグループ。

(但し、優れた研究を行なっている者として運営委員会が認めたときは所属を問わない)

◇熊本県内の大学又はこれに付属する研究機関。

◇熊本県内の研究機関又は病院であって、国、地方公共団体、民法34条により設立された法人又は法律により直接設立された法人に付属するもの(個人病院を除く)。

4. 助成金額

上記「2. 助成内容」に対する助成金は、1件当たり、25万円～100万円とし、運営委員会で決定する。

5. 選考と決定

運営委員会の審査選考に基づき決定する。

6. 申込み方法

所定の助成申請書により申込み。

7. 申込み締切り

平成 27 年 4 月 30 日 (木) (当日消印有効)

8. 選考及び通知

募集締切り後に開催する本基金運営委員会において選考決定の上、平成 27 年 6 月頃にその結果をお知らせします。

9. 助成金の交付

助成決定後すみやかに交付。

10. 報告の義務

「助成金使用報告書」の提出を求める。

【申請書の提出先・問い合わせ先】

〒105-8574 東京都港区芝 3-33-1
三井住友信託銀行 リテール受託業務部 公益信託グループ
玉井記念整形外科学研究助成基金 申請口

TEL 03-5232-8910 (受付: 平日 9 時～17 時) FAX 03-5232-8919

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

助成申請書

受託者 三井住友信託銀行株式会社 御中

掲題公益信託による助成金の給付を受けたく、下記のとおり申請します。
 なお、この書類記載の氏名・住所等の個人情報について、運営委員会等への提供に加えて信託管理人や主務官庁等に開示することに同意します。
 また、助成を決定しましたときは受給者の氏名・所属・助成対象の研究テーマ・業績等について公表される場合があることに同意します。

年 月 日

申請者	個人	氏名 (フリガナ)	住所 〒	TEL () メールアドレス
		所属機関	所属機関所在地 〒	TEL () メールアドレス
	送付先 申請結果のご通知等をご自宅宛に郵送希望の場合は右欄に○を付けてください (○が無い場合は所属機関宛にお送りします)			
	グループ	名称	代表者 氏名	住所 〒
送付先		申請結果のご通知等を代表者ご住所以外に郵送希望の場合は宛先、住所をご記入ください 宛先 住所 〒		
助成希望金額	万円	助成内容	1 研究助成 2 交流助成 (イ・国内交流 ロ・国際交流) 3 その他の事業 ()	
研究課題				
研究の内容				

《銀行使用欄》

精査印		登録印	
-----	--	-----	--

申請者略歴				
助成金の使途予定	設備・備品 消耗品 旅費 謝金 その他			
研究業績 この申請課題の内容に係わらず、最近3ヶ年間発表した 学術研究論文、著書等を発表年次の順に記入してください。	学協会誌名	巻号	発表年(西暦)	発表論文名・著書名
助成金が支給されるとき の助成金振込口座	(フリガナ) _____ 銀行・農協 信用金庫 _____ 支店 口座名義 _____ 口座種別[普通預金・その他 ()] 口座番号 _____			所属機関への 寄附金扱いと しますか？ { する } { しない }

注) この申請でご提供いただく氏名・住所等の個人情報については、当基金の助成事業のためのみに使用します。また、助成を決定したときは受給者の氏名・所属・助成対象の研究テーマ・業績等について公表する場合があります。