

(様式1-2)

西暦 年 月 日

## 研究助成金申込書

学校法人 北里研究所  
理事長 浅利 靖 殿

〒  
(申込者) 住 所  
法人名  
代表者 ⑩  
電 話

学校法人北里研究所研究助成金規程に基づき、下記のとおり  
研究助成金（寄付金）を申し込みます。

記

助成研究課題 及 び 内 容			
区 分 (○でお囲み下さい)	北里研究所病院	北里大学メディカルセンター	
研究者氏名	診 療 科 名		
	科 (部) 長 名	⑩	
	(職員番号)	( )	
	代 表 医 師 名	⑩	
(職員番号)	( )		
助 成 金 額	金 円	支 払 予 定 日	西 暦 年 月 日
支 払 方 法	一 括 ・ 分 割 ( 回) ※いずれかに○をしてください。		
特定公益増進 法人の証明書	必 要 ・ 不 要 ※いずれかに○をしてください。		
ご担当者 連 絡 先 (領収証等送付先) (住所・電話)			受 付 番 号
			管 理 番 号
			領 収 書 番 号

【註】 助成申込額より間接費相当額10%を控除した額が、研究助成金として充当されます。