**日本糖尿病教育・看護学会　様式B-1**

**2024年度 研究助成B 申込書**

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.申込者 (研究代表者) | ふりがな |  | 資格 | 所属機関名職名 |  |
| 氏名 | 　　　　　印 | 保助看CDEその他 |
| 自宅住所 | 〒Tel.（　　　 ）　 － | 所在地 | 〒Tel.（ 　　 ）　　 －　　　　 |
| e-mail |  |
| 会員番号・入会年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年入会 |
| 2.共同研究者　　（グループの場合） | 所属機関名 | 職名 | 氏名 | 会員番号 |
|  |  |  |  |
| 3.研究課題 |  |
| 4.研究概要　　　研究目的　及び計画＊スペースが不足のときは,適宜補足して下さい | 1．研究動機（実施施設の状況と問題点など）2．研究目的（何を明らかにしたいか、目指す成果）3．計画（対象・方法・日程等） |
| 5.研究の意義 |  |
| 6.倫理面の　配慮※倫理審査委員会の承認を得る（得た）場合はその旨を具体的に明記する。 |  |
| 7.本研究の予算概要 | 申請金　　　　　　　　 　　　　円 |
| 予算内訳 |
| 8.発表予定 | 発表予定期日　　　　年　 　月　第　　回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 |

※記入もれのないことを確認し事務局に郵送してください。

**日本糖尿病教育・看護学会　様式B-2**

**2024年度 研究助成B 成果報告書（概要）**

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.研究代表者 | ふりがな |  | 資格 | 所属機関名職名 |  |
| 氏名 | 　　　　　印 | 保助看CDEその他 |
| e-mail |  |
| 会員番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 2.共同研究者　　（グループの場合） | 所属機関名 | 職名 | 氏名 | 会員番号 |
|  |  |  |  |
| 3.研究課題 |  |
| 4.研究成果概要　＊スペースが不足のときは,適宜補足して下さい | 1．研究目的2．方法3．結果 |
| 5.本研究の収支報告こちらには概要を示し、詳細は別紙（様式B-3）に記載してください | 助成金　　　　　　　　 　　　　円 |
| 支出内訳 |
| 6.発表期日 | 学会発表期日（済・予定）　　　年　　月　 第　　回日本糖尿病教育・看護学会学術集会演題名本学会誌投稿期日（済・予定）　　　年　　月 |

**日本糖尿病教育・看護学会　様式B-3**

**研究助成B 収支報告書**

※内訳ごとに小計を示すこと。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 項目 | 単価 | 数量 | 単位 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ￥ |

※会議などの目的で交通費や宿泊費を用いた場合、内訳欄に開催日時、場所、参加者を記入して下さい。