申請書送付先FAX：03-5829-4174（申請書郵送先住所：事務局まで送付下さい）

**樋口宗孝がん研究基金 第10次助成申請書**

- お知らせ頂いた情報は、本助成プログラムの選考以外に利用することはありません -

申請書申込日を記入ください：202　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MHF推薦 | いづれかに〇印　無し・有り（有りの場合スタッフ名を記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 助成金希望額（円） |  | 申請要件（プログラム）総額（円） | | |  |
| 応募者所属団体名 |  | | 応募団体担当者名 |  | |
| 応募団体形態（○印） | 1. がん患者会（あるいは親の会）　2. がん患者支援団体　3. 医療関係団体　4. その他（　　　　　） | | | | |
| 所属団体代表者名 |  | | 法人格の有無（○印） | 有り　・　無し | |
| 応募者の住所 |  | | | | |
| 連絡可能な電話番号 |  | | ファックス番号 |  | |
| 携帯電話番号 |  | | e-mailアドレス |  | |
| 団体ホームページ |  | | | | |
| 団体フェイスブック |  | | | | |
| 団体ツイッター |  | | | | |
| 貴団体の活動内容とこれまでの実績を簡潔に記載下さい。 | | | | | |
| この助成を受けた場合、どのように利用するか簡潔に記載下さい。 | | | | | |

以下の質問事項に関し、該当するものに☑して下さい。

・特定の医療機関、医師を支持、あるいは助成を受ける団体ではない □はい □いいえ

・承認、未承認にかかわらず、特定の治療法を支持、推進する団体ではない □はい □いいえ

・特定の健康食品、健康器具等を推奨、販売する団体ではない □はい □いいえ

・特定の政治団体、宗教等を支持、あるいは助成を受ける団体ではない □はい □いいえ

―――――――――――――――――――　事務局使用欄　――――――――――――――――――

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 事務局確認 | 選考委員会 | 採否 | 助成額 |
|  |  |  | 採 ・ 否 | 円 |