研究支援申込用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 研究メンバー氏名（職種）**代表者※に○をつけ、会員は氏名****の後ろに会員番号を記入** |  |
| 代表者所属機関・所属部署 |  |
| 代表者連絡先 | 住　　　所  | 〒 |
| 電 話 番 号 |  内線（　　　　　　） |
| Ｅ－mail |  |
| 研究課題 |  |
| 研究目的（この研究をすることで期待される実践活動の改善） |  |
| 研究動機 |  |
| 組織としての了解の有無 |  |
| 支援を受けたい時期・内容 |  |

**※研究代表者は、岐阜県内の看護職の学会員、または岐阜県立看護大学の卒業者・修了者の学会員であることを条件としています。また、複数メンバーで申し込む場合、全員が学会員である必要はありません。**

＜研究支援申込先（メールまたは郵送）＞

看護実践研究学会事務局

〒501-6295　岐阜県羽島市江吉良町3047-1

岐阜県立看護大学　看護研究センター内

E-mail：office@anpr.jp

受領年月日：事務局　　　年　　月　　日　　　　　　　受付番号：