**研究支援申込書**

申込日　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| (フリガナ)  氏　　名 |
| 施設名  所属部署 |
| メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　＠  携帯電話番号 |
| 一緒に支援を受ける方がいる場合、全員御記入ください  （フリガナ)  氏　　名 |
| 【相談内容】  〈研究目的〉  〈研究動機〉  〈研究対象〉 |
| 申　込　先　 　千葉県看護協会　教育部  メールアドレス　 [chiba-kyouiku@cna.or.jp](mailto:chiba-kyouiku@cna.or.jp) |

　　※研究支援を受ける方全員の、学会参加申込みが必要です。