笹川保健財団　研究助成

助成番号：2022-XXXXXX（必ずご記載下さい）

年　　　　月　　　日

公益財団法人　笹川保健財団

会長　 喜　多　悦　子 　殿

研究課題

研究者所属

職名・氏名

当機関に所属する上記の者が、貴財団の2022年度研究課題の研究者となることを承認します。

　　　　　　　　　　　2022年 　　　 月 日

研究者所属機関長

　　　　　 機関名

職名・氏名　 ㊞