

課題番号 15-

*この欄への記入は不要です

平成27年度埼玉県理学療法士会研究推進研究費補助金交付申請書		
埼玉県理学療法士会 会長様		
		申請日 平成27年〇月 ×日
研究代表者の氏名 <small>しめい</small>	さいたま 太郎 印	
所属機関の所在地及び名称	〒350-XXXX	
	名称: 埼玉県理学療法士会病院	
研究代表者の部門	部門: リハビリテーション部	
研究代表者のe-mailアドレス	saitama*****@ya***. co. jp (←できればPCメールアドレス)	
研究代表者所属先の電話番号	049-***-****	
研究代表者所属先のFAX番号	049-***-****	
その他の共同研究者の所属	氏名	e-mail アドレス
埼玉県理学療法士会病院	入間 二郎	rriga*****@ya**. co. jp
通所リハビリ施設○×	坂戸 理学子	gakuri*****@***. co. jp
次のとおり研究を実施したいので、埼玉県理学療法士会学術局研究推進研究費の交付を申請します。 なお、交付された補助金は、研究を実施するにあたり適正に使用します。		
研究課題名	***の***の関連性の検証	
キーワード	①地域リハビリテーション ②呼吸理学療法 ③関節可動域	