令和　３年　　月　　日

公益財団法人大阪府成人病予防協会

令和　３年度成人病医学研究助成申請書

公益財団法人大阪府成人病予防協会会長　様

Ｗｉｎｄｏｗｓ Ｗｏｒｄ形式フォントＭＳ明朝で入力すること

必ず枠内に収まるように記載してください。枠内に収まっていない場合は減点対象とします。

申請者　（注）研究会の代表者に限る　氏名欄以外は電磁データをプリントした活字書きで結構です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究会名 |  | | フリガナ |  |
| 氏名(自署) |  |
| 所属機関名 |  | | 所属科(部)名 |  |
| 役職名 |  | | | |
| 連絡先住所 | 〒 |  | | |
| 電話 |  | | E‐mail |  |

推薦者　（注）この研究会の代表者、共同研究者は推薦者となれません。

氏名欄以外は電磁データをプリントした活字書きで結構です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |  | |
| 氏名(自署) |  | |
| 所属機関名 |  | | 所属科(部)名 |  |
| 役職名 |  | | | |
| 連絡先住所 | 〒 |  | | |
| 電話 |  | | E‐mail |  |
| 推薦理由 | (注)　この研究そのものについての推薦理由を記載してください。 | | | |

　次のとおり、医学研究助成を受けたく申請します。

　なお、医学研究が助成の対象となったときは、これら研究に関する情報（氏名、所属、研究会名、研究課題、研究内容、研究費用など）を情報公開することに異議ありません。

|  |
| --- |
| （申請書提出先）  郵送などの送付先　　〒541-8567大阪市中央区大手前三丁目1番69号 大阪国際がんセンター６階  公益財団法人 大阪成人病予防協会  メールの送付先　　　E-mail：koubo@osyk.jp |

（注）申請書の用紙は全て片面印刷（複写）して提出してください。

（別紙）

（注）１　必ず枠内に収まるように簡潔明瞭に記載してください。枠内に収まっていない場合は減点対象とします。

２　必ず研究計画書を添付してください。

[医学研究の詳細及び内容]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究会名 | |  | | | 代表者名 | | （注）申請者と同一であること | | |
| 研究課題名 | | （注）倫理審査会で承認された課題名と同一であること | | | | | | | |
| 医学研究の種類  （注）該当する医学研究の種類について:□に✔を記入してください。 | | | | | | | | | |
| □ | 臨床研究 | | □ | 基礎研究 | □ | 疫学研究 | |  |  |
| □ | その他の研究（具体的に書いてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 所属機関での倫理審査会承認の有無  （注）□のどちらかを✔し、承認不要の場合は理由を書いてください。 | | | | | | | | | |
| □ | 承認済み（注）所属機関の承認書の複写を添付すること（申請の研究課題と同一であること）　なお、申請者と倫理審査会の申請者が異なる場合は、次に同倫理審査会の申請者が署名押印のこと | | | | | | | | |
|  | （倫理審査会の申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | |
| □ | 承認予定　2021年　　　月（予定）但し10月31日までに承認書を送付出来るもの | | | | | | | | |
| □ | 承認不要（理由） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 共同研究者（注）共同研究者氏名欄は各研究者が自署してください。書き切れない場合は別紙を添付してください。 | | | | | | | | | |
| 番号 | 氏名(自署) | | 所属機関名 | | 所属科（部）名 | | | 役職名 | |
| １ |  | |  | |  | | |  | |
| ２ |  | |  | |  | | |  | |
| ３ |  | |  | |  | | |  | |
| ４ |  | |  | |  | | |  | |
| ５ |  | |  | |  | | |  | |
| ６ |  | |  | |  | | |  | |
| ７ |  | |  | |  | | |  | |
| ８ |  | |  | |  | | |  | |
| ９ |  | |  | |  | | |  | |
| １０ |  | |  | |  | | |  | |
| １１ |  | |  | |  | | |  | |
| １２ |  | |  | |  | | |  | |
| １３ |  | |  | |  | | |  | |
| １４ |  | |  | |  | | |  | |
| １５ |  | |  | |  | | |  | |

次項目へ

|  |
| --- |
| 研究の目的  （注）この研究行う背景及び目的を具体的に記入してください。 |
|  |
| 研究の成果  （注）現在までにおけるこの研究の成果、医学にどのように貢献したかを具体的に記入してください。（新規を除く。） |
|  |

次項目へ

|  |
| --- |
| 研究の特色　（注）具体的に記入してください。 |
|  |

次項目へ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究の期間　（注）西暦で記入してください。  ２０　　年　　月　～　２０　　年　　月 | | | | | | |
| 助成希望金額　　　　　　　万円 | | | | | | |
| 研究経費の内訳 | | | | | | |
| 番号 | 費目 | 具体的な使用方法 | | | 金額　　 (円) | |
| １ |  |  | | |  | |
| ２ |  |  | | |  | |
| ３ |  |  | | |  | |
| ４ |  |  | | |  | |
| ５ |  |  | | |  | |
| ６ |  |  | | |  | |
| ７ |  |  | | |  | |
| ８ |  |  | | |  | |
| 合計金額 | | | | |  | |
| 申請者（研究代表者）の研究実績、研究発表、論文の表題など  （注）1　研究代表者が最近3年間に発表し、書籍、雑誌に掲載された当該申請課題に関連する学術研究論文、研究著書を、発表年次の順に記載すること  2　記載方法：表題. 書籍･雑誌名（Index Medicusによる略誌名）, 巻 : 最初頁－最終頁, 出版年.  3　電子版発表の記載方法：表題. 書籍･雑誌名（Index Medicusによる略誌名）, DOI , 公示年. | | | | | | |
| 番号 | 全ての著者名(注)申請者に下線を付すこと | | | 論文表題.書籍･雑誌名,巻:最始の頁‐最終の頁,発表年 | | |
| １ |  | | |  | | |
| ２ |  | | |  | | |
| ３ |  | | |  | | |
| ４ |  | | |  | | |
| 過去３年間に受けた研究助成金  （注）申請課題と同一の課題に対して過去3年間に受けた助成金を全て記入すること | | | | | | |
| 番号 | 助成機関及び事業名 | | 研究課題 | | | 助成金額　(円) |
| １ |  | |  | | |  |
| ２ |  | |  | | |  |
| ３ |  | |  | | |  |