|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | **2025** | － | 　 |

**令和　　年　　月　　日**

**公益財団法人大阪成人病予防協会**

**令和7年度臨床研究倫理審査及び研究助成申請書**

**公益財団法人大阪府成人病予防協会会長　様**

**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。

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

**次のとおり、臨床（医学）研究助成を受けたく申請します。**

**なお、臨床（医学）研究が助成の対象となったときは、別紙提出の「臨床（医学）研究に関する確約書」を遵守することとし、これら研究に関する情報（氏名、所属、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　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）**

**1　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。**

**2　臨床（医学）研究の詳細及び内容について、次（別紙）の事項を全て記入してください。③会則、④役員名簿は記入例ですので自由に変更してください。**

**3　研究計画書、CRF、所属機関での倫理委員会での審査結果通知書写し（必要な場合のみ）は別紙で添付してください。**

**（別紙）**

**①　臨床（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 |  |
| 研究の期間　（注）西暦で記入してください。 |
| 登録期間　　　　　　年　　月　　～　　　年　　月 |
| 総研究期間　　　　　年　　月　　～　　　年　　月 |
| □ | 臨床研究 | □ | 基礎研究 | □ | 疫学研究 |  |  |
| □ | その他の研究（注）具体的に書いてください。 |
| 所属機関での倫理審査委員会承認日　　　　　年　　　　月 |
| 必要症例数　　　　　　　　症例 |
| **（注）所属機関の承認書の写しを添付すること（申請の研究課題と同一であること）****申請中の場合は、予定日を記入すること** |
| 研究成果の発表方法及び予定 |
| 共同研究者 |
| 番号 | 共同研究者氏名 | 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 |  |  |  |  |

**②　研究の予算書（研究の期間全体の経費）**

|  |
| --- |
| **助成希望額　　　　　　　　　　　円** |
| （助成希望額の内訳） |
| 番号 | 費目 | 具体的な使用方法 | 金額　 (円) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 計 |  | 合計金額 |  |

**③　○○○○○○研究会会則**

（名称）

第1条　本会は「○○○○○○研究会」と称する。

（目的）

第2条　本会の趣旨は、○○○○○○○○○○○○○○○○○○を目的とする。

（事業）

第3条　本会は前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

⑴　臨床研究の実施

⑵　講演会等の開催

⑶　その他本会の目的を達成するため、必要な事業

（会員）

第4条　○○○○○○○○○○○○○○○○○○研究に賛同する医師で構成する。

（役員）

第5条　本会に世話人を置く。

2　世話人の選出、退任に関しては会員の承認を経て決定する。

（世話人の職務）

第6条　世話人は本会を代表し、その業務を総括する。

2　世話人は本会開催の準備、開催日の司会、運営を担当する。

3　世話人は、本研究会にかかわる運営項目について会員を討議の上、運営方法を決定する。

（開催）

第7条　研究会は原則年１回開催とする。

（会費）

第8条　研究会は助成金で運営する。

（事務局）

第9条　本会の事務局は、〒999-9999○○市○○区○○○○△丁目99番99号○○○○○○センター（病院）　○○○○○○科　内に置く。（電話番号）

（会則変更）

第10条　本会の会則は会員の合議により変更することができる。

（会計監査）

第11条　会計監査報告は、世話人会にてこれを行う。

（附則）

この会則は、令和○○年○○月○日より発効とする。

**④　「○○○○○○○○研究会」役員名簿**

　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名

研究会代表　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇

世話人　　　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇

世話人　　　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇

世話人　　　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇

事務局幹事　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇

会計監事　　　○○○○○○センター（病院）　〇〇〇〇〇〇〇　　〇〇　〇〇