

成人病研究助成申込書

西暦 年 月 日

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------|----------------------|
| 研究課題名 | | | |
| 申 込 者 | フリガナ 氏 名 | | 生年月日 西暦 年 月 日 |
| | 住 所 | 〒 | 略 歴 |
| | | E-mail 電話 | |
| | 所属機関名 および職名 | | |
| 所属機関 の所在地 | 〒 | 電話 | |
| 推 薦 者 | 氏 名 | 所属機関および職名 | |
| | | | |
| 共 同 研 究 者 | 氏 名 | 所属機関名および職名 | 最終学校名・卒業年月 |
| | | | |
| 研 究 の 目 的 ・ 計 画 | 成人病研究としての本研究の目的、従来の研究経過、目的達成のための計画・方法等(具体的に) ※ヒトまたはヒト由来の試料や診療情報を対象とする研究については、倫理審査委員会への提出状況に関する情報（承認の有無、 予定など）を記述してください。 | | |
| の 助 使 成 途 金 | | | |
| 研 究 実 績 | 申込者のこれまでの研究実績の概要と著書、論文ならびにその発表年月、誌名等 | | |
| の 研 究 有 床 臨 床 | 以下の内容を確認のうえ□内にチェックしてください。 本研究は特定臨床研究に相当する研究ではありません。 <input type="checkbox"/> 確認 | | |

*記入欄は適宜拡大可、又、別途資料等添付可