Takeda Japan Medical Office Funded Research Grant 2022申請書

申請日：2021年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究課題 | 日本語タイトル |  | | |
| 英語タイトル |  | | |
| 研究のタイプ  (対象研究にて武田医療用医薬品を使用される方はチェックください) | 介入研究  　武田医療用医薬品使用 | | 観察研究 | 看護研究 |
| 革新的デジタル技術を用いた研究  　武田医療用医薬品使用 | | データー研究 | COVID-19研究  　武田医療用医薬品使用 |
| 申請対象疾患 | 消化器系疾患 | ヘリコバクター・ピロリ菌感染症  　胃食道逆流症  　消化性潰瘍  　LDA潰瘍およびNSAIDs潰瘍 | | |
| 前立腺がん | 前立腺がん | | |
| 消化器疾患 | 炎症性腸疾患 (IBD)  -潰瘍性大腸炎  -クローン病（瘻孔を含む）  　短腸症候群/腸管不全（SBS / IF） | | |
| その他の消化器系疾患 | 消化管運動障害  　セリアック病およびその他の腸疾患  　肝繊維症  好酸球性食道炎 | | |
| 中枢神経系疾患 | パーキンソン病  　多発性硬化症  　大うつ病性障害  睡眠障害  　注意欠陥/多動性障害(ADHD)  その他の神経変性疾患 | | |
| 希少疾患 | 血友病および類縁出血性疾患  　血栓性微小血管障害症  　本態性血小板血症  　ライソゾーム病  　副甲状腺機能低下症  　血管性浮腫（HAEとBMAを含む）  　*移植におけるサイトメガロウイルス（*CMV*）感染症* | | |
| 血漿分画製剤分野 | 原発性免疫不全症候群  　慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー  　多巣性運動ニューロパチー | | |

**申請者（研究責任者）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | 性別 | 男  　女 |
| 氏名 | |  |
| 生年月日（西暦表示）・年齢 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 （　　　　　　歳） | | |
| 最終学歴  （卒業大学及び卒業年次）・学位 | |  | | |
| 現所属施設名・所属部署名・役職 | |  | | |
| 現所属施設住所 | | （〒　　　　- ） | | |
| 連絡先 | 住所 | （〒　　　　- ） | | |
| 電話番号 |  | | |
| E-mail |  | | |

**研究助成契約担当（所属施設の契約担当を記載）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者所属部署 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者E-mail |  |

**研究に要する費用・使途**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成希望額　　　　　　　　万円  使途:可能な限り詳細にご記入ください   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 費目 | 内容 | 合計 | | 物品購入費 |  | 万円 | | 出張旅費等 |  | 万円 | | その他 |  | 万円 | |

**申請者の経歴（職歴等を含む）**

|  |
| --- |
| 大学卒業後の経歴を記載してください。 |
|  |

**申請者のこれまでの業績（過去5年間、最大１０報）**

|  |
| --- |
| 著者名（著者の順番に記入し、申請者にアンダーラインを引く）、課題名、発表した専門雑誌名（査読雑誌のみ太字にする）、巻号、頁数、年号（新しい年号から）等の順番で記入する。  申請研究課題と関係のある研究とそうでない研究を区別して、記載して下さい。 |
|  |

**承諾者**

|  |
| --- |
| 上記申請者がTakeda Japan Medical Office Funded Research Grant 2022に申請することを承諾します。 |
| 所属施設名・所属科・役職 |
|  |
| 氏名（記名捺印もしくは署名） |
|  |