Takeda Japan Medical Office Funded Research Grant 2021申請書

申請日：2020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使用の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 |  |
| 申請対象疾患 | 循環器・糖尿病・代謝性疾患 | [ ] 　2型糖尿病[ ] 　本態性高血圧症[ ] 　高トリグリセライド血症 |
| 消化器系疾患および前立腺がん | [ ] 　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 |
| 炎症性腸疾患 | [ ] 　潰瘍性大腸炎[ ] 　クローン病（瘻孔を含む） |
| 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[ ]  短腸症候群[ ]  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[ ]  アルツハイマー病[ ] 　不眠症[ ] 　大うつ病性障害[ ] 　ADHD (注意欠如・多動症) |
| 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[ ] 　血管性浮腫（遺伝性血管性浮腫を含む）[ ] 　原発性免疫不全症候群[ ] 　免疫介在性神経障害 |

**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 2021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） |
|  |