

Receipt Number (Secretariat description)	
---	--

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)	<input type="checkbox"/> 介入研究 <input type="checkbox"/> 観察研究 <input type="checkbox"/> 看護研究 <input type="checkbox"/> 武田医療用医薬品使用	
	<input type="checkbox"/> 革新的デジタル技術を用いた研究 <input type="checkbox"/> データー研究 <input type="checkbox"/> 武田医療用医薬品使用	
申請対象疾患	循環器・糖尿病・ 代謝性疾患	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 本態性高血圧症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ菌感染症 <input type="checkbox"/> 胃食道逆流症 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> LDA 潰瘍および NSAIDs 潰瘍 <input type="checkbox"/> 前立腺がん
	炎症性腸疾患	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クローン病（瘻孔を含む）
	その他の消化器 系疾患	<input type="checkbox"/> 消化管運動障害 <input type="checkbox"/> セリアック病およびその他の腸疾患 <input type="checkbox"/> 肝繊維症 <input type="checkbox"/> 短腸症候群 <input type="checkbox"/> 好酸球性食道炎
	中枢神経系疾患	<input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 大うつ病性障害 <input type="checkbox"/> ADHD (注意欠如・多動症)
	希少疾患	<input type="checkbox"/> 血友病および類縁出血性疾患 <input type="checkbox"/> 血栓性微小血管障害症 <input type="checkbox"/> 本態性血小板血症 <input type="checkbox"/> ラインゾーム病 <input type="checkbox"/> 血管性浮腫（遺伝性血管性浮腫を含む） <input type="checkbox"/> 原発性免疫不全症候群 <input type="checkbox"/> 免疫介在性神経障害

**申請者（研究責任者）**

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男
氏名			<input type="checkbox"/> 女
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）