**2022 Takeda JMO Medical Education Grant Application Form**

Medical Education Project Name/医学教育事業の正式名称

|  |  |
| --- | --- |
| Project Name |  |
| 正式名称 |  |

Target Health Care Worker and estimated number/対象となる主な医療関係者と想定人数

|  |  |
| --- | --- |
| Target Health Care Worker |  |
| Estimated number of healthcare workers |  |

Purpose of Medical Education Project : Approximate 600words

(医学教育事業の必要性/目的)　注: 英語記入

|  |
| --- |
|  |

Plans and Methods for Medical Education Projects : Approximate 1000 words

(医学教育事業の計画・方法等) 注: 英語記入

|  |
| --- |
|  |

Schedule/Timeline for Medical Education Project: Approximate 200 words

(医学教育事業の期間・スケジュール）注:英語記入

|  |
| --- |
|  |

Measure the Effects of Medical Education Project : Approximate 200 words

(医学教育事業の効果の測定方法）注：英語記入

|  |
| --- |
|  |

Methods for publicizing medical education programs inside and outside academic societies and for sharing the results :Approximate 400 words

(医学教育事業の学会内外への周知方法と成果の共有方法）注：英語記入

|  |
| --- |
|  |

Agree to update the medical education project on the Takeda JMO website.

医学教育事業内容の概要をTakeda JMOホームページ上で公開することに合意します。

　YES

Statement of income and expenditure収支明細（予定）

（1）Cash Flow

※申請事業全体に関して資金の内訳を記載してください。金額は半角算用数字にて記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TOTAL Budget | JMO Medical Educacional Grant |
| 2022年 | 円 | 円 |
| **TOTAL** | 円 | 円 |

（2） Expenditure支出

※申請事業全体に関して必要な経費を記載してください。詳しく詳細を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 金額 |
| 運営費用等　（例：会場費、運営費（事前当日スタッフ費）等） | 円 |
|  | 円 |
|  |  |
| 医学教育プログラム案内に関する費用等（例：招待状、案内状、受講申請書等の作成費等） | 円 |
|  | 円 |
| 教育資材・作成費等 | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 設備備品　（例:設備備品当日レンタル（プロジェクター、ホワイトボード等）費等） | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 講師費用（例：謝礼、交通費、宿泊費等） | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 認定費　（医学教育プログラム受講完了に関する認定費） | 円 |
|  | 円 |
| その他の費用　（例：外部用教育コンテンツ公開費等（やむを得ず間接費用・一般費用が発生する場合、用途を明示ください） | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 計 | 円 |

※この助成金により使用できない経費は以下の通りです。

・施設等の建築費（増改築を含む）・什器備品費用（医学教育事業以外の目的で使用が可能または医学教育事業終了後に使用が可能な什器備品全般）・パソコンおよび電子機器類の費用、ソフトウェア、システム費、設備備品の費用、機器の修理費用

・ホームページ管理費/学会会員管理システム費・常勤または非常勤の職員の人件費・学会事務局員の旅費、宿泊費等

武田薬品工業株式会社　御中

**利益相反に関する申告書**

私は、武田薬品工業株式会社（以下、武田薬品）および武田薬品グループ企業との関係性について、現時点で以下のとおりの内容で間違いないことを確認し、申告いたします。

1. 国公立医療機関において、薬事審査委員会等に属し、医薬品の採用可否を最終決定する権限者（委員長等）で

ある　　　　ない

1. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく、治験届及び副作用の確認並びに製造販売承認、再審査及び再評価に必要な審査に関して、武田薬品および武田薬品グループ企業の治験薬や製品に対する各審査承認に影響を及ぼしうる役職又は立場に

ある　　　　ない

1. 武田薬品および武田薬品グループ企業のビジネスに影響を及ぼし、答申内容が実質的な決定に等しい影響力を及ぼしうる政府機関の審議会等の委員で

ある　　　　ない

1. 武田薬品および武田薬品グループ企業のビジネスに影響する公的資金の支出の決定又は影響を及ぼしうる権限（公費助成に関する審議会の委員等）が

ある　　　　ない

1. 近親者（二親等以内の親族）に、武田薬品および武田薬品グループ企業に影響する公的な決定を行う、又は影響を及ぼしうる権限がある、またはあるとみなされうる公務員が

いる　　　　いない

1. 下記五項目に対して、申請する医学研究事業との関連性の有無は以下のとおりです。（過去1年間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 武田薬品および武田薬品グループ企業のエクイティ（5％以上の株式保有）の有無 | 有 | ・ | 無 |
| 1. 武田薬品および武田薬品グループ企業からの無償の役務提供の有無 | 有 | ・ | 無 |
| 1. 武田薬品および武田薬品グループ企業からの無償での機材等の提供の有無 | 有 | ・ | 無 |
| 1. 申請する研究の実施期間中に上記1～3が発生する可能性の有無 | 有 | ・ | 無 |
| 1. 生計を一にする配偶者及び一親等までの者について上記1～4の該当の有無 | 有 | ・ | 無 |

「2022 Takeda JMO Medical Education Grant Application Form」及び「利益相反に関する申告書」に記載の内容にて

Takeda Japan Medical Office Medical Education Grant 2022を申請します。　　　年/　　月/　　日

|  |
| --- |
| 医療関連の団体名 |
| 役職・団体代表者名　(自筆サイン)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 役職  申請者(自筆サイン)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |
|  |