

受付番号	
------	--

# Takeda JMO Educational Grants Application Form

To Takeda Medical Office Franchise Heads

Date:     /     /

Name of Academic Society/Medical Association 学会/医会名	
Applicant Name Job Title  申込者氏名 役職	Title : Name :  氏 名 : 役 職 :  <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</div>
学会/医会の住所 連絡先	住所：〒 TEL : E-mail:  事務局担当者 氏名
Contact Person Contact details  事務局担当者 氏名	Title: Name: TEL: E-mail:  役職 : 氏名 :
Academic Society/Medical Association Representative  学会/医会 代表者	Title: Name:  役職 : 氏名 :  <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</div>

\*本申請書を記入されるにあたり、募集要項ならびに留意事項を事前に確認してください。なお、申請書に記載されている内容のみで審査されますので、内容は具体的かつ詳細にご記載ください。

受付番号	
------	--

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

Project Name	
正式名称	

2. Grants Amount/申請金額

Grants Amounts 助成金申請金額	円
Project Total Amount 申請する医学教育事業にかかる事業総予算	円

3. Exceeding more than 25% of total project cost?

申請金額の割合：上記 2 の申請金額は、学会/医会の年間総収入の 25%を超過しますか？  
※社内規定により申請金額の割合が学会/医会の年間総収入の 25%を超過する場合には助成できません。

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
-----------------------------	------------------------------

4. Anyone from Takeda or former Takeda employees are involving this project?

申請される医学教育事業助成プログラム内容の作成に、元または現武田の社員が関与していますか？  
※医学教育事業は武田薬品工業株式会社から独立して企画・運営される必要があります。

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
-----------------------------	------------------------------

5. JMO Target Disease Areas 疾患領域

※申請対象となる医学教育事業の疾患領域を選択してください。

<input type="checkbox"/> 循環器・糖尿病・代謝性疾患	<input type="checkbox"/> 消化器系疾患および前立腺がん・乳がん
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患	<input type="checkbox"/> その他の消化器系疾患
<input type="checkbox"/> 中枢神経系疾患	<input type="checkbox"/> 希少疾患

6. Target Health Care Worker/医学教育事業の対象者

※対象となる主な医療関係者と想定される人数について記載してください。

Health Care Workers :
<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Nurse
<input type="checkbox"/> Others _____
Estimated number of healthcare members : _____

受付番号	
------	--

7. Purpose of Medical Education Project (Approximate 600 words)

医学教育事業の必要性 / 目的 (文字数の目安 600 文字)

受付番号	
------	--

8. Plans and Methods for Medical Education Projects (Approximate 1000 words)

医学教育事業の計画・方法等 (文字数の目安 1000 文字)

9. Schedule/Timeline for Medical Education Project (Approximate 200 words)

医学教育事業の期間・スケジュール (文字数の目安 200 文字)

受付番号	
------	--

10. Measure the Effects of Medical Education Project (Approximate 200 words)

医学教育事業の効果の測定方法 (文字数の目安 200 文字)

11. 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 (文字数の目安 400 文字)

12. 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

13. 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
2021 年	円	円
<b>TOTAL</b>	円	円

受付番号	
------	--

(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。

項目	金額
運営費用等	円
	円
医学教育プログラム案内に関する費用等	円
	円
教育資材・作成費等	円
	円
	円
設備費用等	円
	円
	円
講師費用等	円
	円
	円
	円
認定費	円
	円
その他の費用	円
	円
	円
	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）・恒常的に使用する取得価格 50 万円以上かつ耐用年数 1 年以上の什器備品
- ・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