Takeda Japan Medical Office Funded Research Grant 2020申請書

申請日：2019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 | 介入研究 | | 観察研究 | 看護研究 |
| 革新的デジタル技術を用いた研究 | | | |
| 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  　肝繊維症 | | |
| 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 | | |

**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   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 2020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） |
|  |