

Receipt Number (Secretariat description)	
---	--

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	<input type="checkbox"/> 介入研究 <input type="checkbox"/> 観察研究 <input type="checkbox"/> 看護研究 <input type="checkbox"/> 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	<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 <input type="checkbox"/> 肝繊維症
	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

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

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）