**第６回（令和５年度）日本感染症学会臨床研究促進助成 申請書**

|  |
| --- |
| **研究課題：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **研究代表者** |  |
| 　氏　　名　（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日　（西暦） |  |
| 　最終学歴・学位 |  |
| 　所属機関・分野・現職 |  |
| 　住　　所 |  |
| 　電話・FAX・電子メール |  |
| 　略　歴 |  |
| 対象外の年齢で応募する場合は理由を記載して下さい。 |

|  |
| --- |
| **共同研究者**（必要に応じて氏名、所属機関・分野、現職、専門領域、おもな研究テーマを記載して下さい） |

**研究費の使途**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支出項目** | **金額（千円）** | **明　　　　細**(支出項目は優先度の高いものから具体的に記載して下さい） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **合　　計** | 千円　 |  |

|  |
| --- |
| **所属施設による助成金の受け入れと経理の可否**　　　　　　可　・　否（「否」の場合は、学会事務局によって代行が可能です） |

**研究費取得状況**

|  |
| --- |
| **本研究課題と関連する研究**（申請中の研究費も含む） |

|  |
| --- |
| **研究の背景** |
|  |
| **研究の目的** |

|  |
| --- |
| **研究の臨床的意義** |
|  |
| **研究の独自性・独創性** |

|  |
| --- |
| **研究計画** |
| （学会のネットワークをどのように活用するのか分かるように記載してください） |

|  |
| --- |
| **これまでの研究概要**（あれば記載してください） |

|  |
| --- |
| **研究組織図** |

|  |
| --- |
| **希望するチューター**（臨床研究促進委員会委員リストから同一施設以外で希望するチューター1名を記載して下さい） |

|  |
| --- |
| **倫理的配慮**倫理審査委員会の承認　　済　・　未　 （未の場合は、必ず承認を得た上で研究を開始して下さい） |

|  |
| --- |
| **所属機関長の承諾**本学・学部・研究所所属の表記研究代表者が、この研究助成への申込みを行うことを承諾します。所属機関長　職名　　　　　　　　 　　　　　　　氏名・職印　　　　　　　　　　　　　　　 公印令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |