第１０回（令和９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