臨床研究助成申請書

（臨研-1）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  公益財団法人　臨床研究奨励基金  　理事長　西村　良二　殿  フリガナ  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  所　　　属  勤務先住所　〒  　　TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　ｅ-mail |
| 申請者の略歴  　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日（満　　才）  　　　　　　最終学歴　　　　　　　年　　月　　　　大学　　　研究科　修了  　　　　　　学　　位　　　　　　博士　・　修士  　　　　　　現職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　年　　月　　日より）  　　　　　　資　　格　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　年　　月　　日より） |
| 申請者の主要業績 |

（臨研-2）

|  |
| --- |
| 研究題名 |
| 助成希望額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 目的 |
| 方法及び実施計画 |
| 期待される成果 |
| 助成金の使途 |

（臨研-3）

|  |
| --- |
| 研究題名の共同研究者 |
| 本財団、国及び他団体から過去３年間の助成  　　　　　　　　　　　　　有　　・　　無 |
|  |
| 推　薦　書  　　年　　月　　日  公益財団法人 臨床研究奨励基金  理事長　西村　良二　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　名  　推薦理由 |

【申請書記入要領】

1. 共通事項について

　　・所定書式（Ａ４縦型）をご使用ください。また、枚数が複数枚になっても構いません。

　　・全ての年は西暦で記入してください。

1. （臨研‐１）
   1. 申請者の略歴

　　・現職職名は、役職・地位等・従事する職に応じて、実態がわかるように記入してください。

　　・資格は、国家資格等の名称を記入してください。

* 1. 申請者の主要業績

　　・最近５年間の主要なもの５編以内を記入してください。

　　〔書き方〕

1. 著者名は全て連記することを原則とするが、10名以上の場合は、以下を「・他」または「,et al」と記載しても良い。
2. 配列の順序は、著者氏名（英文の場合，名はイニシャルのみ）：題名．雑誌名　巻：最初のページ‐終わりのページ　年号．とする。
3. 欧文雑誌名の省略方法は、欧州式（World List of Scientific Periodicals）を標準とし、自国本位のアメリカ式（自国のは、JAMAなどと極端に略し、独・仏のは接続詞も残すなど）のまねはしない
4. 通常の雑誌の場合の記載例：
   1. 土肥　真，鈴木修二：遅発型アレルギー反応とT細胞．臨床免疫　22：1884-1890，1990．
   2. 加登　譲・他：帯状疱疹の入院治療．麻酔　34：339‐342，1988．
   3. Straus FG,Maxwell MH：Withdrawal of antihypertensive therapy． J Am Med Ass 238：1734-1737，1988．
   4. Reed JA:Eventration of diaphragm.J Pediatr Surg 29:566-584, 1987.
5. （臨研‐２）
   1. 研究題名

　　・サブタイトルは付けず、具体的かつ簡明に記入してください。

* 1. 目的

　　・具体的かつ特色を記入してください。

* 1. 方法及び実施計画

　　・具体的かつ簡明に記入してください。

* 1. 助成金の使途

　　・項目をあげ、具体的に記入してください。

1. （臨研‐３）
   1. 研究題名の共同研究者

　　・所属、職名も記入してください。

* 1. 本財団、国及び他団体から過去３年間の助成

　　・助成の有無に○を付けてください。

* 1. 推薦書

　　・推薦者は、申請者が所属する機関の長（学長、学部長、病院長）、もしくは申請者が現在所属する部署の所属長（教授、診療部科長等）によるものとします。

　　・当財団関係者は推薦人になることはできません。

【申請書提出要領】

1.　申請要領

　　　それぞれの助成要綱を参照のうえ、各申請書を作成し郵送にてご提出ください（コピーは不可）。また、作成したデータ（Word形式）はメール添付にて「info@crpf-f.jp」まで送信してください。両方が揃い受付完了となります。

2.　提出先

　〒810-0041

福岡市中央区大名2丁目8番1号　肥後天神宝ビル5階

公益財団法人 臨床研究奨励基金

TEL092-738-5111

3.　受付期間

　　　毎年6月1日から7月31日（消印有効）

4.　 採択通知

　　　助成審議委員会で選考のうえ決定し、10月中旬頃迄に本人宛通知します。