コメディカル臨床研究助成申請書

（コメ臨研-1）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　情　報 | 申請日 | | 年　　月　　日 | | | |
| フリガナ  氏　名 | |  | | | ㊞ |
| 勤務先名 | |  | | | |
| 勤務先住所 | | 〒 | | | |
| 勤務先電話 | |  | | | |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生　　（満　　　才） | | | |
| 最終学歴 | | 年　　月　　　　　　大学　　　　　研究科卒業 | 学位 |  | |
| 現職名 | | （　　年　　月　　日より） | | | |
| 資　格 | | （　　年　　月　　日より） | | | |
| 主要業績 |  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |

（コメ臨研-2）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請研究題名 |  |
| 助成希望額 | 円 |
| 目　的 |  |
| 方法及び実施計画 |  |

（コメ臨研-3）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期待される成果 | |  | |
| 助成金の使途 | |  | |
| 研究課題の  共同研究者 | |  | |
| 推薦者  情報 | 氏　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。入力文字はMS　P明朝体の11Pで作成ください。また、申請書枚数は３枚+１枚（(3)の㊟）の4枚以内です。

　　・全ての年は西暦で記入してください。

1. （コメ臨研‐１）
   1. 申請者の略歴

　　・現職名は、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. （コメ臨研‐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750文字以内で記入してください。

* 1. 方法及び実施計画

　　・具体的かつ簡明に750文字以内で記入してください。

※イ.目的とウ.方法及び実施計画の文字数を両方合わせて1,500文字以内で調整は可とする。

㊟イ.目的とウ.方法及び実施計画で図や表を付記したい場合は、それぞれ一つは可とし、A4用紙1枚に収める事とする。

1. （コメ臨研‐３）

ア． 期待される成果

　　・具体的に650文字以内で記入してください。

イ． 助成金の使途

　　・項目をあげ、具体的に記入してください。

* + 1. 研究題名の共同研究者

　　・所属、職名も記入してください。

エ．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。500文字以内で記入してください。

　　・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理事会で決定し、10月中旬頃迄に本人宛通知します。