受付ＮＯ

**公益財団法人　内視鏡医学研究振興財団**

　令和6年度（2024年度）**多施設共同研究助成応募用紙**

提出：令和６年（2024年）　　月　　日　　　　　　　　　　受付：令和６年（2024年）　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究テーマ | | |
| 研究代表者  ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　印 | | 施設名・所属科・役職 |
| 研究代表者の住所及び電話番号    勤務先　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 TEL：  自　宅　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL：  E-mail： | | |
|  | | |
| 共同研究者 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　施設名・所属科・役職  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・  ・ | |
| **推　薦　者** | | |
| ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　印 | | 施設名・所属科・役職 |
| （推薦理由） | | |

受付ＮＯ

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ | |
| 研究代表者  氏　名 | 施設名・所属科・役職 |
| １．研究の目的、必要性  ２．研究計画及び予測される費用  （３年以内に終了するテーマを原則とします。年度毎にご記載下さい）  ＊初年度：  ＊2年度：  ＊3年度：  ３．期待される成果と意義  ４．プロトコール概略とデータセンターについて  　（データセンターを利用している場合は、名称・連絡先をご記載下さい）  ５．所属施設など該当機関の倫理委員会の承認状況  ６．他機関（公的機関を含む）の助成及び申請状況  　（有りの場合は、助成申請先、年度、助成金名称、研究テーマなどをご記載下さい）  （１）他機関より助成（予定を含む）  ・今回の応募と同一の研究テーマについて　　　　　　　　　〔　有　・　無　〕  ・関連または類似の研究テーマについて　　　　　　　　　　〔　有　・　無　〕  （２）他機関へ申請中  ・今回の応募と同一の研究テーマについて　　　　　　　　　〔　有　・　無　〕  　・関連または類似の研究テーマについて　　　　　　　　　　〔　有　・　無　〕  ７．UMIN臨床試験登録システムへの登録（必須）　　　　　　　〔　済　・　未　〕  ＊未の方は、予定を記して下さい | |

【注】　応募の際は（１）応募用紙、（２）当研究内容、（３）業績目録、（４）研究代表者の略歴、

受付ＮＯ

　　　　（５）関連論文の別刷り１篇を添付して下さい。