**第１０回神奈川県保険医協会学術研究費補助金公募事業　申請書**

※本申請書は、協会HPよりwordデータがダウンロードできます。

**※必須項目（＊）は、必ずご記入下さい。**

※必須項目以外は全て埋めなくても構いません。計画について出来る限りご記入下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　２０２３年　　　月　　　日

神奈川県保険医協会理事長　　田辺　由紀夫　　殿

下記の研究を実施したいので、第１０回神奈川県保険医協会学術研究費補助金公募事業に申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １． | **申請者　＊**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 氏名 |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 西暦 | |  | | 年 |  | | 月 | |  | 日 | | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関の  住所 | 〒 |  | | | - |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | - |  | | | - |  | | FAX |  | | - | |  | | | - | |  | | | | メールアドレス |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２． | **研究課題名　＊**   |  | | --- | |  | |
| ３． | **研究趣旨（背景、目的及び意義）　＊**  ex）解決すべき課題について、他の研究でどこまで明らかになっており、どのような部分が残されているのか。研究の特色、期待される成果（当該研究によって直接得られる研究結果だけでなく、間接的に期待される社会的成果（社会への貢献、国民の保健・医療・福祉の向上等））について   |  | | --- | |  | |
| ４． | **研究計画　＊**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 概要 |  | | | | | | | 対象者 |  | | | | | | | 用いる  試料・情報※いずれか● | ○ | 新たに取得する | ○ | 既に自院で保有している | ○ | その他 | | ＜具体的に用いるもの＞ | | | | | | | 研究期間 | 2024年　　月　　日～　　　年　　月　　日　**※2024年6月以降の開始、分析含め原則２年以内** | | | | | | | 目標症例数 | 例 | | | | | | |
| ５． | **研究に要する経費**   |  |  | | --- | --- | | 計画総経費 | 金　　　円也　　　　**※上限３０万円** | | **【使用用途の内訳】** | | |
| ６． | **研究体制**  ※申請の段階で予定されている研究者すべてを挙げてください。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 研究者名 | 所属 | 分担項目 | 神奈川県保険医協会会員 | | 主任研究者 |  |  |  | 会員 | | 分担研究者１ |  |  |  | 会員・会員外 | | 分担研究者２ |  |  |  | 会員・会員外 | |
| ７． | **参考文献**   |  | | --- | |  | |
| ８． | **備考**   |  | | --- | |  | |

【作成上の留意事項】

（１）手書きの場合は、楷書体で作成して下さい。

（２）各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして下さい。