　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号：

**JB川崎病奨励研究費　申込書**

一般社団法人 日本血液製剤機構

理事長　中西　英夫　殿

記載年月日：2025年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |  | 年　齢 | | **職位**： |
| **申込者氏名** |  | | 満　 歳 | |
| **研究施設名 等**  （施設名などは省略せずに、正式名をご記入ください） | | 施設名： | | | | |
| 住所：〒 | | | | |
| TEL： | | | FAX： | |
| E‐mail： | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上記の研究助成の申込者を推薦します。** | | | | | |
| **推薦者氏名** |  |  | | 役職名 |  |
| **研究施設名** | 施設名： | | | | |
| 住所：〒 | | | | |
| TEL： | | FAX： | | |

注意事項

１．受付番号欄、受領日欄は弊機構事務局で受付順に記入しますので、空欄のまま提出ください。

２．記載事項は11ポイントの文字をご使用ください。

受領日：　2025年 　　　月 　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **研究テーマ**  （タイトル） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の目的**  （簡潔に200文字程度でご記入ください） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **共同研究者\*** | ※氏名、所属、職位を記入ください。 |

**\***1部署（診療科、教室等）あたり1テーマの応募としております。

同一施設内の複数部署からの応募も可能ですが、応募された際には共同研究者リストに基づき、

それぞれのテーマが独立した組織で研究されているか、選考委員会で判断し審査いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の方法**  （簡潔に1000文字程度でご記入ください） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本研究に関する  施設内倫理委員会等の申請状況 | ①承認済み  ②申請中（承認予定時期；20◆◆ 年 ◆月頃）  ③助成決定後に申請  ④倫理委員会への申請は必要ない  ⑤その他（①～④に該当しない場合、状況を簡潔に記載） |
| **予想される結果**  （直接得られる研究成果だけでなく、間接的に期待される社会的成果についても、簡潔に250文字程度でご記入ください） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **参考文献リスト**  （右記①と②をあわせて5報程度ご記入ください） | 1. 自施設もしくは自身の業績に関するもの 2. 研究方法に関するもの |

※上記の参考文献は、応募時に各一部添付してください。