|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  |  | 受付番号 |  |

**日本臨床検査医学会公募学術推進プロジェクト研究申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ご記入の際は、募集要項を参照してください。

また、申請書の郵送は、簡易書留にてお願いします。

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題 |  |

|  |
| --- |
| 該当する課題の分類番号を選択してください。（　　　） |
| （１）病態解析領域における独創的あるいは先進的検査技術の開発（２）日常検査技術の開発・改善，あるいは問題点の解決に向けての取り組み（臨床検査技師からの申請を奨励する） |

**研究組織**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ふりがな）氏　　　名 | 年　齢 | 会員番号 | 最　終　学　歴 | 専攻・専門 |
| 入 会 日 | 所　属　機　関 | 職　　　名 |
| 代表者 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 分担者（グループ研究の場合） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

**研究計画**

研究目的、研究方法、医学、医療との関連から期待される成果、その他（強調したい点など）

の順に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**代表者、分担者の主要業績**

原著論文、総説等、最近５年以内のものを含めてください。

|  |
| --- |
|  |

**当該研究に関する他の助成機関への申請状況**

※研究代表者・研究分担者が同一、または類似の研究内容について、他から助成等を既に受けている場合や申請を予定している場合は、下欄に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 助成金の名称 | 研究代表者 | 研究テーマ | 金額（千円） | 研究機関 | 申請状況 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**研究費の内訳**

※配分助成金額も確認し、合計が助成額を越えないように。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費　　目 | 費用（千円） | 内　　　　　訳 |
| 消耗品費 |  |  |
| 謝　　金 |  |  |
| 旅　　費 |  |  |
| その他（図書、通信費など） |  |  |
| 合　　計 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（代表者）氏名 |  |