|  |
| --- |
| ２０２３年度公益財団法人 西川医療振興財団医学研究活動費助成事業　応募申請書２０２３年　　　月　　　日公益財団法人 西川医療振興財団代表理事　　西川　猛　殿 |
| 【申請者】 |
| フリガナ |  |
| 代表研究者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日　　 | 年齢※2023年4月1日時点 | 　　歳 |
| メールアドレス |  |
| 所属機関名 | 所属部署 | 専門 | 役職名 | 取得学位 |
|  |  |  |  |  |
| 所属機関の住所 | 〒　　　-（TEL　　　　-　　　　-　　　　　） |
| **【研究概要】** |
| 研究題目 |  |
| **【推薦者】**※機関の責任者とする |
| 所属機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　-（TEL　　　　-　　　　-　　　　　） |
| 役職名 |  | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| （推薦理由） | ※必ず推薦者の印を押印してください。推薦者の押印は公印とします。 |
|  |

|  |
| --- |
| **研究目的及び研究成果の見通し**①研究の学術的背景と特色（当該研究分野の国内外の状況、本研究の位置づけ、研究着手の理由、新規性、独自性　等）②助成期間内の具体的な目標（何をどこまで明らかにするのか　等）③予想される研究成果と意義、研究成果を広く発信し活用する方法 |
|  |

|  |
| --- |
| **研究計画・方法**(研究目的を達成するための研究計画・方法・体制・研究実施のための準備状況等を簡潔にまとめて記述してください。) |
|  |
| **主な共同研究者** |
| 氏名 | 年齢 | 所属機関・所属部署 | 専門 | 役職名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **研究経費予算額**（当財団への助成申請額は100万円とする。） |
| 期間 | 総額 | 当財団への助成申請額 |
| 1年間（2024年3月～2025年2月） | 万円 | １００万円 |
| **当財団への助成申請額の内訳** |
| 品名・事項 | 金額 |
|  |  |
| **研究経費の妥当性・必要性**（研究計画・方法を踏まえ、研究経費予算の妥当性、必要性を記述してください。） |
|  |
| **本件と同一又は類似の研究に対する助成金等の受給状況**（〇を付けてください。） | 受給実績なし ・ 受給実績あり ・ 申請中 |
| **上記で申請中・受給実績ありに〇を付けられた場合、****他機関への申請額・実績額（機関名）** | 万円（ ） |
| **上記で受給実績ありに〇を付けられた場合、今回申請する具体的な理由** |
|  |

|  |
| --- |
| **申請者（代表研究者）の経歴（学歴、職歴、学協会での受賞・表彰歴　等）** |
|  |
| **申請者（代表研究者）がこれまでに受けた研究費助成**（現在受けているもの、応募中のものを含む）・年度（期間）、助成実施機関名、研究題目、助成額、成果の概要（応募中は研究概要）を記述してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| **申請者の当該研究分野に関する現在までの主要業績**・主要発表論文（10編以内）の表題、著者名、掲載誌名、巻号、掲載ページ、発表年、査読の有無を記入してください。（項目順は入れ替え可）本研究に関係のある文献に限る。申請者の名前が無い発表論文は記入不可。・主要発表論文のうち、3編以内の写し（アブストラクトのページのみ）を添付し、添付論文には下記「添付」の欄に〇印をつけてください。　なお、当該論文の写しは、pdfデータにて「foundation@nishikawa-iryou.org」へ送付してください。・当該論文の執筆者のうち申請者が筆頭者の場合は、下記「筆頭」へ〇印をつけてください。・論文の著者名が多数の場合は、主な著者数名記入して以下を省略（省略する場合、その員数と、掲載されている順番を〇番目と記入）しても可。なお、研究代表者には二重下線、研究分担者には一重下線、連携研究者には点線の下線を付してください。・添付された資料は、選考に利用させていただくものであり、この目的以外では利用いたしません。 |
| 番号 | 添付 | 筆頭 | 表題、著者名、掲載誌名、巻号、掲載ページ、発表年、査読の有無 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |