様式2

日本血液学会関東甲信越地方会 臨床研究支援 申請書（継続）

1. 申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 性別 | □男　□女□その他 | 年齢（申請時点） | 歳 |
| 所属（施設・部署） |  |
| 日本血液学会入会年 | 年 | 推薦者名（関東甲信越地方会　幹事・監事） |  |

２．支援を希望する臨床研究の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名（番号） | （JSHKK-　　　） |
| 支援を受けた年（金額） | 年（　　　　万円） | 年（　　　万円） |
| これまでの執行状況（2年間受給した場合は合計） | 執行総額 | 万円 |
| 主な内訳 |  | 万円 |
|  | 万円 |
|  | 万円 |
|  | 万円 |
| 申請する臨床研究に関連した他の研究費への応募状況（継続申請時点） |  | 制度名（AMED等） | 期間 | 総額（直接経費） |
| 採択済 |  |  | 万円 |
|  |  | 万円 |
|  |  | 万円 |
| 申請中 |  |  | 万円 |
|  |  | 万円 |
|  |  | 万円 |
| 支援を希望する金額（最大200万） | 総額 | 万円 |
| 主な内訳（予定） |  | 万円 |
|  | 万円 |
|  | 万円 |
|  | 万円 |
| 希望総額より減額された場合の希望 | □減額されても支援を希望する□（　　　　）万円以下に減額された場合は支援を希望しない |
| 倫理審査 | □承認済　□申請中（未承認）□未申請（申請予定あり）　□申請予定なし（該当しない） |

３．継続支援を希望する臨床研究の概要

|  |
| --- |
| ・前回の申請からの進捗状況を記載すること。・申請した内容からの変更事項があれば記載すること。・10.5ポイント以上の文字を用い、2ページ以内で記載すること。・必ず研究の概要図を示すこと。・すでに研究計画書（またはコンセプト）が完成している場合には添付すること。 |