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。 |