若手臨床研究支援プロジェクト申請書

年　　　月　　　日

一般社団法人　日本脳神経外傷学会

中瀬　裕之　理事長殿

　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　/　　　歳

　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail

課題名：

1. 背景

2. 目的

3. 対象と方法

4.研究期間

5. 予想される結果と期待される臨床的効果

6. 起こりえる問題点

7. 現時点での研究準備状況と研究に係る費用

以下の項目に該当する場合をつけチェック(✓)をつけて下さい

[ ] 　他の学会や企業との共同研究ではない

[ ] 　所属施設での倫理委員会の審査を経て、承認を得ている

承認日　　　　　　承認番号

研究分担者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属　職種　E-mail |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |