受付番号：

**一般社団法人　ヘルスケア・データサイエンス研究所**

**2024年度（第８回）研究助成応募書**

西暦　　　　年　　　月　　　日（提出日）

一般社団法人　ヘルスケア・データサイエンス研究所

研究助成選考委員長 殿

応募者名（主たる研究者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

募集要項を理解したうえで、下記の通り研究助成に応募いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 応募者名 |  |
| 応募者名（フリガナ） |  |
| 生年月日（西暦） | 　　年　　月　　日　年齢（　　　）歳 |  |
| 所属機関名（教室名、部課・科名等まで記載のこと） |  |  |
| 職名・学位 | （大学院生は課程と学年を明記すること） |
| 所属機関 | 郵便番号：〒住 所：電話番号：（　）　-E-mail　： |
| 連絡・書類送付先（上記と異なる場合） | 郵便番号：〒住 所：電話番号：（　）　-E-mail　： |
| 共同研究者の人数（応募者自身は除く） | 　　名 |
| 推薦者 | 所属機関：役職：氏名：　　　　　　　　　　　　　　㊞住所：〒　電話番号：（　）　- |

（※上記は採否通知の宛先となりますので正確にご記入ください。）

研　究　実　施　計　画　書

|  |
| --- |
| 1. 研究タイトル
 |
| 1. 研究計画の概要（既存研究の現状も含めて記載）
 |
| ３．研究の目的・意義 |
| ４. 研究の方法（デザイン）（以下の項目を踏まえて、できるだけ具体的なデータセットを明示してください）　　４－１.研究のセッティング　　４－２.対象集団（の定義）４－３.選択基準、および除外基準４－４.調査対象期間  |
| ５．研究期間　　年　月　日～　年　月　日 |
| ６.解析の概要（主な評価項目、主な解析方法、等） |
| ７.今回の応募研究で予想される成果 |
| ８.助成希望金額（論文発表のための経費等を含む） |
| ９.本研究に関する他の助成機関への申請の有無無し・有り　（該当の項目に○を記入してください）　　※有りの場合　　助成機関の名称　：　　助成金の名称　　：　　採否結果予定日　： |

＜応募者について＞

|  |
| --- |
| １０.応募者の略歴（過去の研究費補助実績も記載のこと）年　　月年　　月年　　月 |
| １１.応募者の過去5年以内の研究実績（論文・研究報告書・書籍など） |
| １２.応募者の所属学会 |

＜共同研究者について＞

|  |
| --- |
| 共同研究者1 |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 年齢 | 　　歳 |  |
| 所属機関名（教室名、部課・科名） |  |  |
| 職名 | （大学院生は課程と学年を明記すること） |
| 所属機関 | 郵便番号：住 所： |
| 専門分野 |  |
| 共同研究者の選定理由および共同研究者の応募研究における担当業務 | 　　 |

|  |
| --- |
| 共同研究者2 |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 年齢 | 　　歳 |  |
| 所属機関名（教室名、部課・科名） |  |  |
| 職名 | （大学院生は課程と学年を明記すること） |
| 所属機関 | 郵便番号：住 所： |
| 専門分野 |  |
| 共同研究者の選定理由および共同研究者の応募研究における担当業務 | 　　 |

|  |
| --- |
| 共同研究者3 |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 年齢 | 　　歳 |  |
| 所属機関名（教室名、部課・科名） |  |  |
| 職名 | （大学院生は課程と学年を明記すること） |
| 所属機関 | 郵便番号：住 所： |
| 専門分野 |  |
| 共同研究者の選定理由および共同研究者の応募研究における担当業務 | 　　 |

|  |
| --- |
| 共同研究者4 |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 年齢 | 　　歳 |  |
| 所属機関名（教室名、部課・科名） |  |  |
| 職名 | （大学院生は課程と学年を明記すること） |
| 所属機関 | 郵便番号：住 所： |
| 専門分野 |  |
| 共同研究者の選定理由および共同研究者の応募研究における担当業務 | 　　 |