



応募フォーム(ジャパンメディカルオフィス医学教育 事業助成)

以下の項目に必要な事項をご入力いただき、内容をご確認の上、「送信」をクリックしてください。
(確認画面はございませんので、予めご了承ください)

*マークがある項目は必ずご入力ください。

申請フォーム

*本申請書を記入されるにあたり、募集要項ならびに留意事項を事前に確認してください。なお、申請書に記載されている内容のみで審査されますので、内容は具体的かつ詳細にご記載ください。

医療関連団体詳細

Name of Academic Society/Medical Association(英表記) *

医療関連の団体名 *

郵便番号 *

住所 *

電話番号 *

団体代表者役職 *

団体代表者氏名 *

申請者詳細

Name(英表記) *

E-mail Adress *

役職 *

氏名 *

電話番号 *

郵便番号 *

住所 *

契約者詳細

Name(英表記) *

E-mail Adress *

役職 *

氏名 *

電話番号 *

郵便番号 *

住所 *

1. Medical Education Project Name/医学教育事業の名称

Project Name(英表記) *

正式名称(和表記) *

2. Grants Amount/申請金額

Grant Amounts/助成金申請金額 *

Project Total Amount/申請する医学教育事業にかかる事業総予算 *

3. 銀行口座情報 Bank Details

銀行名 *

口座名義 *

口座番号 *

4. Exceeding more than 25% of total project cost? *

申請金額の割合：上記2の申請金額は、学会/医会の年間総収入の25%を超過しますか？

※社内規定により申請金額の割合が学会/医会の年間総収入の25%を超過する場合には助成できません。

 NO YES

5. Anyone from Takeda or former Takeda employees are involving this project? *

申請される医学教育事業助成プログラム内容の作成に、元または現武田の社員が関与していますか？

※医学教育事業は武田薬品工業株式会社から独立して企画・運営される必要があります。

 NO YES

6. JMO Target Disease Areas *

※申請対象となる医学教育事業の疾患領域 1つを選択してください

 消化器系疾患 前立腺がん 乳がん 精神・神経系疾患 希少疾患 血漿分画製剤分野 炎症性腸疾患 その他の消化器系疾患

7. Target Health Care Worker/医学教育事業の対象者 *

※対象となる主な医療関係者と想定される人数について記載してください。

- Physician
- Dentist
- Pharmacist
- Nurse

Other

上記以外の職業を記入ください

Estimated number of healthcare members :

合計人数を入力ください

①2022 Takeda JMO Medical Education Grant Application Form *

ファイル選択 選択されていません

②定款または会則 注) 様式問いません 団体性を証明する文書、大学や講座などにおける相当文書等 *

ファイル選択 選択されていません

③役員名簿 注) 様式問いません 団体性を証明する文書、大学や講座などにおける相当文書等 *

ファイル選択 選択されていません

[Reset](#)

送信