**申請フォーム**

該当する□にチェックを入れてください。

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

性別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□男性　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□女性

生年月日（西暦表示）：　　　年　　　　　月　　　日

申請枠：  
□申請書A（39歳以下）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請書B（40歳以上）

最終学歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業大学及び卒業年次）・学位：

現所属施設名　：  
日）  
英）

所属部署名・役職 ：

現所属施設住所：〒

都道府県：

区市町村：

番地：

連絡先：〒

都道府県：

市町村：

番地：

Eメールアドレス：

研究課題　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本語タイトル：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　英語タイトル：

研究のタイプ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□介入研究　□革新的デジタル技術を用した研究　□観察研究　□看護研究　□データーベース研究　□研究助成対象疾患に該当する研究とＣOVID-19の研究

申請対象疾患：□上部消化器疾患 □前立腺がん　□下部消化器疾患　□その他の消化器系疾患　□中枢神経系疾患　□希少疾患　□血漿分画製剤分野

申請対象疾患詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐ヘリコバクター・ピロリ菌感染症　☐胃食道逆流症　☐消化性潰瘍　☐LDA潰瘍およびNSAIDs潰瘍　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐前立腺がん　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐炎症性腸疾患 (IBD)　a) 潰瘍性大腸炎　b) クローン病（瘻孔を含む）☐短腸症候群/腸管不全（SBS / IF）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐消化管運動障害　☐セリアック病およびその他の腸疾患　☐肝線維症　☐好酸球性食道炎　☐パーキンソン病　☐多発性硬化症　☐大うつ病性障害　☐睡眠障害　☐注意欠陥/多動性障害(ADHD)　 ☐その他の神経変性疾患　□難治性てんかん　□重症筋無力症　　　　　　　　　　　☐血友病および類縁出血性疾患　☐血栓性微小血管障害症　□特発性血小板減少性紫斑病☐本態性血小板血症　☐ライソゾーム病　☐副甲状腺機能低下症　☐血管性浮腫（HAEとBMAを含む）☐移植におけるサイトメガロウイルス（CMV）感染症　□IgA腎症　　　　　☐　原発性免疫不全症候群　☐慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー　☐多巣性運動ニューロパチー　□ギランバレー症候群□　二次性（続発性）免疫不全症候群　☐川崎病

本助成金をどこで知りましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□タケダホームページ　□タケダメディカルサイト　□　タケダメディカルブース会場　□上司や同僚など　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**申請にあたりご確認及び同意いただく事項**

□私は申請書に記載の研究責任者であり、本研究助成についての相談や問い合わせは、

私または所属施設の契約担当者のみとなります。

□私は本件を申請するにあたり、所属施設に本研究助成の受入れの承諾を得ています。

（注：寄附での交付はしておりませんので所属施設にて研究助成での受入れが出来ない場合採択取消になります）

□私は申請期間中(10/3 10:00- 10/31 15:00)に申請しています。（注：申請が完了しても期間外は自動で審査対象外として区切られます）

□私と所属施設は、本研究助成について理解し、全て同意した上で申請しています。

**申請にあたり必要な書類**注）すべての書類が揃っていない場合審査対象外になりますため、提出書類の確認をお願いします。

□本申請フォーム　□申請書・研究計画コンセプト（AまたはB）　□利益相反に関する申告書　□同意書　□倫理審査委員会等へ提出予定の研究計画書（倫理審査委員会の申請が免除される場合は統計解析計画書）□審査結果通知書（写）（既に倫理審査委員会等の承認を受けている場合）