

受付日	
-----	--

受付番号	
------	--

## 日本臨床検査医学会公募学術推進プロジェクト研究申請書

※ご記入の際は、募集要項を参照してください。  
また、申請書の郵送は、**簡易書留**にてお願いします。

年 月 日

研究課題	
------	--

該当する課題の分類番号を選択してください。( )
(1) 病態解析領域における独創的あるいは先進的検査技術の開発 (2) 日常検査技術の開発・改善, あるいは問題点の解決に向けての取り組み (臨床検査技師からの申請を奨励する)

### 研究組織

	(ふりがな) 氏 名	年 齢	会員番号 入 会 日	最 終 学 歴 所 属 機 関	専攻・専門 職 名
代表者					
分担者 (グループ研究の場合)					

## 研究計画

研究目的、研究方法、医学、医療との関連から期待される成果、その他（強調したい点など）の順に記入してください。

## 代表者、分担者の主要業績

原著論文、総説等、最近5年以内のものを含めてください。

### 当該研究に関する他の助成機関への申請状況

※研究代表者・研究分担者が同一、または類似の研究内容について、他から助成等を既に受けている場合や申請を予定している場合は、下欄に記入してください。

機関名	助成金の名称	研究代表者	研究テーマ	金額 (千円)	研究機関	申請状況

### 研究費の内訳

※配分助成金額も確認し、合計が助成額を越えないように。

費 目	費用 (千円)	内 訳
消耗品費		
謝 金		
旅 費		
その他 (図書、通信費など)		
合 計		

申請者 (代表者) 氏名	
--------------	--