**2024年　JASPOがん研究助成　申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究者 | フリガナ氏　　名 |  　印 | 年齢 | 歳 | 職 種 | *病院薬剤師* |
| 会員番号 | *10-A-XX* |
| 薬剤師免許取得年 | *薬剤師免許取得年*年 |
| 現 住 所 | 〒 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話（　　　）　　－  |
| 勤務先 | 名 称 |  |
|  |
| 住 所 |  電　話（　　）　　－　　　　　 内線（ 　　 ） |
| メールアドレス |  |
| 研究体制（該当する項目に☑を入れて下さい。）□病院のみで行う研究　　　□保険薬局のみで行う研究　　□病院と保険薬局が共同して行う研究　　□病院もしくは保険薬局と大学教員が共同して行う研究　　□その他 |
| 略　歴　（職歴、研究歴）＊研究分担者又は研究協力者として研究助成を受けた事がある場合は必ず本欄に記載して下さい。*1998年3月　XX大学 薬学部卒**1998年4月　XX病院 薬剤部入職（研究歴：3年）**2001年4月　株式会社XX調剤薬局入社 ○○支店配属（研究歴：1年）**2002年7月　産休・育休のため休職**2005年4月　○○支店配属**2005年9月　同社△△△支店配属**2007年4月　XX大学大学院 博士後期課程修了（研究歴：2年）**2010年4月　XX大学 薬学部 XX学教室　助教（研究歴：5年）**現在に至る* |
| 研究分担者または研究協力者\* |
| 氏　　　名 | 所　　　属 | 役　　　　　割 | 会員番号 |
| *XX XX男**○山 花子* | *XX大学 薬剤部**○○調剤薬局XX支店* | *研究分担者**プロトコル作成、患者組み入れ**研究協力者**アンケート実施、データセンター* | *XXA-XXXX**XXA-XXXX* |

＊研究分担者とは、研究計画書において研究代表者と研究項目を分担する者として記載された者 。また、研究代表者の研究開発構想を実現する上で必要な分担研究を担う研究者 。研究協力者とは、研究代表者及び研究分担者の責任の下、研究組織の一員として研究計画に参画する研究者等

*下記の項目「研究計画の概要」から「発表した主要な研究成果」までを、文字サイズ11pt以上（フォント指定なし）で****3頁以内に収め****、ご記載ください。*

**研 究 計 画 の 概 要**

*研究課題の概要を400文字以内にまとめて記載してください*

**研 究 目 的と背 景**

*研究課題の背景や現状、問題となっている点を記載し、本研究の目的を明確に記述してください。*

**研 究 方 法**

*・具体方法および、何をどこまで明らかにするかについて研究デザイン、エンドポイント、解析方法等を含め具体的に記載してください。*

*・また、想定される問題点（倫理上の問題や、症例数の確保、研究時間の確保、解析など）とその対応策についても記載してください。*

*・研究分担者とともに行う場合は、研究分担者の具体的な役割についても記述してください。*

**研究の実施により期待される成果**

*・具体方法および、何をどこまで明らかにするかについて記載してください。*

*・また、想定される問題点（倫理上の問題や、症例数の確保、研究時間の確保、解析など）とその対応策についても記載してください。*

発表した主要な研究成果（最近5年間を中心に）

|  |
| --- |
| 本欄には、これまでに発表した論文、著書、学会発表等主要なものを選定し、現在から順に発表年次を過去にさかのぼり記入してください。論文は査読があるものに限ります。なお、学術誌へ投稿中の論文を記入する場合は、掲載が決定しているものに限ります。 |
| 発表論文名・著者名　等 例えば発表論文の場合、著者名、論文名、掲載誌名、巻、最初と最後の頁、発表年（西暦）について記入してください。 （以上の各項目が記載されていれば、項目の順序を入れ替えても可。） また、この提案課題に直接関連した論文・著書については「●」をつけてください。 |

研究代表者

・M.Marusankaku, J.Aaaa, H.Bbbbb, A.Ccccc, Treatment of Hepatic……, J JASPO, 1,10-20, 2020

* M.Marusankaku, T.Aaaa, A.Bbbbb, T.Ccccc, Risk factors for Fungal…, 癌と化学療法, 2,17-26, 2019

研究分担者

・M.Marusankaku, J.Aaaa, H.Bbbbb, A.Ccccc, Treatment of Hepatic……, J Clin Oncol, 23,2345-22356, 2020

・M.Marusankaku, T.Aaaa, A.Bbbbb, T.Ccccc, Risk factors for Fungal…, Gynecol Oncol, 122,173-186, 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究推薦者・指導者氏名 | 所属・役職 | 推薦理由又は研究指導方法 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 研　　　究　　　経　　　費 |
| 研　究　経　費　合　計 |  　**千円** |  |

（金額単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **用　途** | 金　額　 | 積算内訳 |
|  |  |  |

（注）**「研究経費合計」欄、「使用内訳」の各欄は千円単位**で記入してください。

研究の主なスケジュール

・研究実施に向けて取り組むべき研究項目を挙げ、実施機関を記載してください。

＊マイルストーン：達成しようとする研究開発の節目となる到達点・達成事項

＊1ページ以内で記載してください

|  |
| --- |
| **研究開発の主なスケジュール（ロードマップ）** |
| 研究開発項目※マイルストーン | 担当者氏名 | 第1年度(2025年) | 第2年度(2026年) |
| 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q |
| （1）*アンケート調査**・アンケート作成**・アンケート調査* | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （2）*業務改善研究* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （3）*再度アンケート調査* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （4）*統計解析* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2024年　JASPOがん研究助成　チェックリスト

　申請前に下記の内容について確認し、該当する場合は□に✓を記入し、最後に研究代表者の署名捺印をお願いいたします。

* 研究代表者はJASPOの正会員である（JASPO理事ではない）
* 所属長もしくは上司からの推薦を得られている。

（自身が所属施設の責任者の場合は、研究指導者の推薦で問題ない）

* より良いがん医療の実現に対して熱い思いで取り組んでいる
* 研究実施者に実地医療に携わる薬剤師（病院薬剤師もしくは、

保険薬局薬剤師）を1名以上含む

　　　□　 募集要項の内容を熟知した上での応募である

上記に相違ありません

年　　　　月　　　　日

研究代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

所属上長　　　　　　　　　　　　　　　　　　印