ワープロを使用し記入して下さい。

各項目スペース不足の場合は、適宜用紙にて補足説明頂いても結構です。

|  |
| --- |
| 日本角膜学会基礎研究支援2025申込書 |
| 日本角膜学会 理事長　外園　千恵　殿 | 氏名 |  |
| 申請時年齢　・　生年月日：西暦 | （　　歳　　　　　年　　　月　　　日） |
| 申請日　　　　年　　　月　　　日 | 所属機関 |  |
| 職名 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
| 学会会員番号 | 助成金額 | ￥ | 800,000 | 円 |
| **本研究課題に必要な研究費** |
| 日本角膜学会よりの助成希望金額の支出予定 | 明細 |
| 支出項目 | 金額（千円） | (支出項目は優先度の高いものから具体的に記載して下さい） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　計 |  | （上記助成希望金額と合わせて下さい） |
| 本年度、科研費、他財団等に採択済、申込済ないし予定の研究費をご記入下さい。 |
| 研究費の種類 | 研　究　題　目 | 申込研究費（千円） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| 研究者 |
| 氏　　名（ふりがな） | 　　　　　　　　（ ） |
|  生年月日（年号表示） | 　　　年　　 月　 日 |
| 最終学歴・学位 |  ・  |
| (卒業年次、大学院の場合、その課程の修了等) |
| 所属機関・現職(教室名等を含む) |
| 主要職歴 |
| 講座あるいは診療科の代表（推薦者）1講座/診療科ごと、1件のみの応募となります。代表の了解を得て下さい。 |
| 氏　　名（ふりがな） |  　　　　　　　 （ 　　　　 ） |
| 所属機関・現職(教室名等を含む) |  |
| 研究概要（「研究目的と方法及び研究意義」の概要を500字程度で要約して下さい。 |
|  |

**研究目的及び研究方法**

1. **本研究の目的**

**②　その研究目的を達成するための研究方法**について、

1頁以内で焦点を絞って具体的かつ明確に記述すること。

*※留意事項：*

*1. 本文全体は１１ポイント以上の大きさの文字等を使用すること。*

*2. 指示書きで定められた頁数は超えないこと。なお、空白の頁が生じても削除しないこと。*

*3. 本留意事項（斜体の文章）は、研究計画調書の作成時には削除すること。*

**研究の意義・新規性**

1. これまでの研究活動を踏まえ、この研究構想に至った背景と経緯
2. 本研究構想が角膜疾患においてどのような意義・新規性を有するかを0.5頁以内で記述すること。

**応募者の研究遂行能力**

**本欄には応募者の研究遂行能力を示すため、これまでの研究活動の具体的な内容等について0.5頁以内で記述すること。必要に応じて今回の研究構想に直接関係しないものを含めてもよい。**

※留意事項

*1. 本欄は、研究業績（論文、著書、産業財産権等）の詳細を網羅的に記載することを求めるものではない。必要に応じて論文等を挙げる場合には、例えば論文であれば、論文名、著者名、掲載誌名、巻号や頁等、発表年（西暦）といった当該論文が同定できる情報を記入すること。*

*2. 本留意事項（斜体の文章）は、研究計画調書の作成時には削除すること。*