

J&J Medical Research Grant staging[トップページ](#)[申請要項](#)[申請入力](#)[FAQ](#)[お問合せ](#)[申請照会](#)[問合せ照会](#)[設定](#)

同意確認

以下の内容をご確認の上、チェックしてください。

申請要項 **〔必須〕** 研究助成の申請にあたっては申請要項、FAQをよくお読みになり、内容にご同意いただいたうえで申請書を作成してください。

☒ 上記内容に同意します。

研究内容・場所 **〔必須〕** 申請した研究は、ジョンソン・エンド・ジョンソン社製品の評価を目的とした基礎研究、臨床試験、臨床研究、疫学調査及び疫学研究のいずれでもありません。また、日本国内で行われる研究であり、海外で行われる研究ではありません。また、臨床研究法による特定臨床研究ではありません。

☒ 上記内容に同意します。

報告書 **〔必須〕** 以前に当社より助成を受けたことがある研究者（主たる担当者）で、研究期間が終了している研究について、報告書（研究テーマ、内容、スタッフ、期間、所要経費の概要等）の未提出は無いことを確認しました。

☒ 上記内容に同意します。

期間重複 **〔必須〕** 以前に当社より助成を受けたことがある研究者（主たる担当者）で、募集開始日時点で継続している研究は無い（期間重複がない）ことを確認しました。

☒ 上記内容に同意します。

覚書 **〔必須〕** この研究助成では、当社とご施設との間で覚書を締結します。当該覚書は、当社から提供されるテンプレートに従って作成します。

☒ 上記内容に同意します。

法令遵守および倫理面に関する誓約事項 **〔必須〕** 申請した研究の遂行にあたり、各種法令、倫理に関する指針及び所属施設内部規程を遵守し、自己の責任において本研究を行います。また、当社およびその従業員にいかなる役割や責任も負わせません。

☒ 上記内容に同意します。

助成金の使途 **〔必須〕** 当社から提供される助成金を、申請した研究以外の目的に使用しません。助成金の使用用途には、申請した研究成果の発表を行わない国内学会または海外学会への参加費、旅費は含まれません。また、大学附属病院に勤務する医療担当者個人に対する調査、研究のための助成ではありません。

☒ 上記内容に同意します。

審議 **〔必須〕** 申請した研究が当社の定める要件（申請要項の内容を含む）を満たしていない場合は、申請が受理されない場合があることを承諾します。また、審査の結果、助成を受けられない場合があることも承諾します。

☒ 上記内容に同意します。

異議申し立て **〔必須〕** 当社製品のプロモーション活動を担当する部門（営業部等）から独立した組織である研究助成審査委員会で厳正に審査されることを理解します。審査内容および審査結果に至る理由は、今後の制度運用の適正性確保の観点から開示されないことを承諾します。審査結果について異議を申し立てることができないことも承諾します。

☒ 上記内容に同意します。

報告書 **〔必須〕** この助成を受けた研究に関して、助成対象期間終了後2ヵ月以内に報告書を提出します。

☒ 上記内容に同意します。

助成金の支払い [必須]	助成金は、覚書を締結した後に覚書の内容に従った支払条件に基づいてのみ支払われることを理解します。 ☒ 上記内容に同意します。
利益相反 [必須]	この研究助成によって、「医療機器および医療用医薬品の購入に関する有利な取り扱い」などの見返りの利益を約束することは、決してありません。この研究助成は、当社の製品に関する取引に対する見返りの利益や、当社製品の取引への影響を考慮して行われるものではありません。 ☒ 上記内容に同意します。
透明性ガイドラインに基づく開示 [必須]	当社の「透明性に関する指針」に基づき、当社ホームページにて本助成の情報開示に同意します（開示項目：施設名、診療科名、年間助成件数、総額）。 ☒ 上記内容に同意します。
個人情報 [必須]	この研究助成に関連して提供を受けた個人情報を取り扱う場合、法令および適用ある監督官庁のガイドライン等を遵守して適切に取り扱います。 ☒ 上記内容に同意します。

研究代表者

ログインユーザ検索

ログインユーザの情報を研究代表者入力項目に反映します。

研究代表者（漢字） [必須]	姓	神田	名	太郎
研究代表者（カナ） [必須]	セイ	カンダ	メイ	タロウ

研究代表者メールアドレス [必須]

jjmed@its.jnj.com

所属施設名 [必須]

国立大学法人〇〇大学
正式名称を入力してください。
例) 国立大学法人〇〇大学大学院

所属施設名(カナ) [必須]

コクリツダイガクホウジンマルマルダイガク

所属部署・教室・部課・科名 [必須]

整形外科科学教室
正式名称を入力してください。
例) 医学研究科

所属部署・教室・部課・科名 (カナ) [必須]

セイケイゲカガクキョウシツ

役職 [必須]

准教授
例) 教授

研究内容

研究内容についてご入力ください。

対象領域 [必須]	研究内容の領域をリストより選択してください。 整形外科学 1. 消化器外科学（上部消化管、下部消化管、肝胆膵） 2. 呼吸器外科学 3. 心臓血管外科学 4. 整形外科学
-----------	--

- 5. 産婦人科学
- 6. 形成外科学
- 7. 泌尿器外科学
- 8. 脳神経外科学
- 9. 頭頸部外科学（耳鼻咽喉科・甲状腺外科）
- 10. 頻脈性心房細動の診断と治療
- 11. 虚血性脳卒中
- 12. 小児外科学
- 13. 乳腺外科学
- 14. 血管外科学

研究テーマ **[必須]** 研究内容のテーマ（主題）をご入力ください。

<研究内容のテーマ（主題）をご入力ください>

研究目的／概要 **[必須]** 研究全体の目的／概要をご入力ください。（500～1000文字目安）

<研究全体の目的／概要を1000文字以内でご入力ください>

対象疾患 **[必須]**

<対象疾患をご入力ください>

症例数・サンプル数

100症例

（臨床研究の場合は）症例数・サンプル数 **[必須]**

研究期間 **[必須]**

研究開始日



2022-04-01

研究終了日



2023-03-31

具体的な年月日を入力してください。

具体的な研究方法 **[必須]**

研究方法をご入力ください。（500～1000文字目安）

<研究方法を1000文字以内でご入力ください>

例）○○○疾患に対して○○○の測定を行い、○○○を指標として○○○を検討する。

研究予算(経費)内訳 **[必須]**

研究期間中に必要とされる予算総額の内訳を入力してください。（単位：円）
資産性のあるものが含まれる場合は、メーカー名や金額もご入力ください。

腸骨標本作成費（100名） 5,000×100＝500,000円
腸骨骨形態測定（100名） 8,000×100＝800,000円
骨形態測定データ解析 人件費（外部委託） 1,000,000円
2023年国内・海外学会発表旅費 500,000円
論文投稿費 200,000円
合計 3,000,000円

例)
消耗品費： XXX円
細胞購入・試薬費：XXX円
動物購入・維持費：XXX円
機器使用料： XXX円
学会参加費： XXX円
人件費： XXX円
合計： XXXXX円

主任研究者名 **[必須]**

神田太郎

研究成果のアウトプット **[必須]**

成果の発表形式、発表予定時期をご入力ください。

2023年日本整形外科学会、JOSKASで研究成果を報告、論文投稿予定

法令遵守および倫理面に関する誓約事項 **[必須]**

ヒトを対象とする医学研究または、研究等に動物実験が含まれる場合は所属機関等の倫理委員会の認定を受けてください。

その他適用されるすべての関連法規および倫理に関する指針を遵守して研究を実施します。

☒ 上記内容に同意します。

覚書作成および/または振込依頼書の送付に関する連絡先 **[必須]**

助成が決定した後に当社とご施設（大学、病院、研究施設の各施設長）との間で「覚書」をご締結いただきます。覚書および支払いのための必要書類は申請入力者のE-mailアドレスに送付させていただきます。お手数をおかけしますが全ページを印刷していただき署名・ご捺印のうえご返送ください。

☒ 上記内容に同意します。

備考【任意】

その他に連絡事項等がございましたらこの欄に入力してください。

一時保存

確認画面 >