

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。異議申し立て **[必須]** 審査結果に対する異議申し立て、審査基準の開示請求、その他審査に関する一切の情報開示請求はお受けすることができません。☒ 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。

研究代表者

ログインユーザ情報反映

ログインユーザの情報を責任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医学研究科

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

研究活動内容

研究活動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、肝胆脾）
2. 呼吸器外科学
3. 心臓血管外科学
4. 整形外科
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

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]

2021年4月1日～2022年3月31日

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）〇〇〇疾患に対して〇〇〇の測定を行い、〇〇〇を指標として〇〇〇を検討する。

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円× 100=500,000円
腸骨骨形態計測(100名) 8,000円× 100=800,000円
骨形態計測データ解析 人件費（外部委託） 1,000,000円
2022年国内・海外学会発表 500,000円
論文投稿必要 200,000円
合計 3,000,000円

臨床研究の例)

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： XXX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

日本整形外科学会、JOSKASで研究成果を発表、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]**

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」をご締結いただけます。覚書作成時の担当者の連絡先、振込依頼書等の連絡先・送付先を選択してください。

研究代表者（申請者）

申請入力者・申請者（研究責任者）と異なる場合は、その他を選択し、下にある備考欄に入力してください。

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 **[任意]**

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で「その他」を選択された場合は、以下の項目を入力欄にコピー＆ペーストし、送付先を入力してください。また、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。

・郵便番号：〒

・住所：

・施設名：

・所属名：

・宛名：

・お問合せTEL：

なお、覚書作成に関する部門と、振込依頼書に関する部門が分かれている場合は、それぞれご記載ください。

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 >