一般社団法人　日本歯科麻酔学会

学術研究助成　研究計画書

助成を希望する区分にチェックを入れて下さい。

□　若手研究助成

□　多施設研究助成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1．代表研究者 | 所属名称 | 氏 名 |
|  |  |
| 生年月日 |  |
| 所属住所所属TEL所属E-mail |  |
| 2．研究課題名 |  |
| 3．研究者一覧　（代表研究者を先頭に記載して下さい。） |
| 氏名 | 会員区分 | 所属名称 | 職位 | 研究分担内容 |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |
|  | 会員・非会員 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 4．研究内容 |
|  |
| 5．研究計画の概要 |
|  |

|  |
| --- |
| 6．研究の倫理審査の状況（所属施設での倫理審査の状況を記入して下さい。多施設研究の場合は、研究機関ごとの状況を記入して下さい。） |
| 研究機関名：研究機関の研究責任者：氏名□（1）承認済み　→提出済の申請書類および承認書の写しを添付して下さい□（2）申請中　倫理審査の状況（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　→提出中の申請書類の写しを添付してください□（3）申請予定倫理審査の状況（　　　　　　　　　　　　　　）　→提出予定の申請書類の写しを添付してください□（4）倫理審査は必要ない |