**受付番号：**

**日本糖尿病学会　リリーライフサイエンス研究助成プログラム**

**申請書**

（第1回用）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・会員番号 | （会員番号：　 　　　　　　　　） |
| 生年月日、年齢 | 　　　　　年　　　月　　　日生　（2025年4月1日現在：　　　歳） |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 所属 |  |
| 研究対象 | □特定の製品の既知の効果を検証する介入研究ではありません。□日本イーライリリー株式会社が資金提供している医師主導研究や共同研究ではありません。（該当する場合はチェックをする。チェックは■への変更でも可。） |
| 研究課題名 |  |
| 研究目的および研究内容 | ◆ Reference注1：本申請に直接関連した研究実績となる論文があれば、5編まで記載する．注2：共著者名、論文タイトル、雑誌名、巻号、ページ、発行年、最新年度のIFを明示する．注3：自身の氏名に下線を引く、Corresponding authorの場合には、氏名の前に「＊」を記載する． |
| 研究の背景 |  |
| 研究計画・方法の概要 |  |
| 関連領域における当該研究の位置づけ、ならびに独創性 |  |
| 研究の意義 |  |
| 期待される効果 |  |
| 研究経費 | ・備品・消耗品・旅費・謝金・その他 |
| 応募中や採択済みの各種省庁、財団の研究費全ての申告 | 本申請の研究内容との関連性にかかわらず、「採択済み/応募中」、「公的/民間」に分けて、すべて記載すること．（研究課題名、代表か分担研究か、期間、研究費総額、分担研究者の場合は研究代表者の氏名、本申請との相違点）■応募中＜民間＞＜公的＞■採択済み＜民間＞＜公的＞ |
| 本研究課題の科研費その他への重複申請について | □あり→研究課題名、申請機関名　　　　提出日：　　　　　　年　　月　　日□なし |
| 研究発表および報告 | 私は本助成金申請が採択されましたら、原則として対象期間終了直後の日本糖尿病学会年次学術集会で発表するとともに、文書で報告いたします。また、期間終了後は速やかに会計に関する報告書を提出いたします。自署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 講座の長の署名 | 応募者本人が講座の長である場合は自身の署名を記入すること.自署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（※各項目の行数は適宜追加して記載すること。但し、書式、各項目および文字サイズは変更しないこと。）

（※履歴書は１頁とし、全体で最大A4版用紙7枚までとする。所定の枠内に図表を入れることは可。それに付随するものに限り文字サイズは制限しない。末尾欄外の赤字記載の本注記は削除可。）

履歴書

年　月　日現在

|  |
| --- |
| 氏名（ふりがな）：　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）生年月日（年齢）：　　　　年　月　日（　歳）（但し、年齢は2025年4月1日現在）現住所：学歴：学位等：職歴：所属学会等（学会内で役割があれば併せてご記載ください）：賞罰： |

（※各項目の行数は適宜追加して記載すること。但し、書式、各項目および文字サイズは変更しないこと。）

（※履歴書は１頁とし、全体で最大A4版用紙7枚までとする。所定の枠内に図表を入れることは可。それに付随するものに限り文字サイズは制限しない。末尾欄外の赤字記載の本注記は削除可。）