一般財団法人 横浜総合医学振興財団

令和７年度　医療デジタル化助成　申請書

一般財団法人 横浜総合医学振興財団

理事長　 　 後　藤　英　司　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

表記について次のとおり申請します

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 年　　　　月　　　　日生  　　　　　　　（満　　　歳） |
| 申請者氏名 |
| 所属機関・職名 | |
| 所属機関住所等  　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　e-mail | |
| 連絡先住所等  　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail | |
| 事業件名  ※原則、決定通知から１年間。9月交付予定。 | |
| 事業期間　【開始】2025年9月から　【終了】　年　月まで | |
| 希望助成額　　　　　　　　　　　　　　　万円 | |
| 事業計画  別紙の「事業計画書」に記載して下さい。 | |
| 他団体からの当申請に係る事業に対する助成の有無  　　１　受けている　　　２　受けていない　　（左記のいずれかの番号に○）  　受けている場合，助成の名称とその内容（助成期間と金額を明記）  当申請に係る事業に対して他の団体等から助成を受けている場合，　　　　　　　　　　　　　この助成を受けることができない場合があります。 | |

一般財団法人 横浜総合医学振興財団　医療デジタル化助成

|  |
| --- |
| 項目１～4を2頁程度（図表を含む）で記載してください。（11フォントを使用）  1　事業件名 |
| 2　事業に関わるメンバー　（氏名，所属と職名，本事業における役割） |
| 3　申請者の医療デジタル化への関わり（基礎研究、臨床研究、教育・臨床実践など） |
| 4　申請者の医療デジタル化との関わりに於いて生じた課題と、解決方法・解決難易度の評価および、今回の研究計画について分かりやすくまとめて下さい。 |

事　　業　　計　　画　　書

5　希望助成額とその使途

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目　又は　品　名 | 金　額 | 内　訳　・　必要とする理由 |
|  | 千円 |  |
| 合　計 | 千円 |  |

事業計画書記入における注意点

1. 申請者は、現在、神奈川県の大学、研究所、病院等の医療機関に在籍し、研究遂行に充分な実績を有する者であること。
2. 他の団体・組織から、今回応募する研究課題と同一あるいは密接に関係する内容で、5年以内に助成を受けた、あるいは、受賞した場合を除きます。
3. 助成金の使途は、出来るだけ具体的に記載して下さい。
4. 助成金受領後，原則として当初の計画書に記載のない項目への変更は認められません。事業を進めるに当たってやむを得ず使途を変更する場合は、使途変更願を提出して下さい。内容を審査の上、決定します。助成額の変更の上限は20％です。
5. 事業遂行に必要な旅費及び助成対象事業の成果発表に必要な旅費は申請可能です。なお、領収書のない小額の交通費は助成対象外です。
6. 学会等の会費など自己負担が適当と思われる費用は、助成の対象にしません。