**データベース研究賞 申請書**

提出日2024年　月　日

日本臨床疫学会

代表理事　福原俊一　殿

※Wordファイルでのご提出をお願いします

※記載事項や欄の追加および削除等の書式変更されたものは受付できない場合がございますので、ご留意ください。

（1）申請者情報

【提供依頼申請責任者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 当学会の会員であり、現在までの会費を全納している | | | | | | | | |
| 申請資格 | 当学会の　　上席専門家　・　認定専門家　　　※いずれかに✓ | | | | | | | | |
| 日本の研究機関又は医療機関に所属している | | | | | | | | |
| 2024年1月1日現在、45歳以下である | | | | | | | | |
| 同一の研究目的に対して、過去あるいは現在にデータベース利用を支援する研究助成を他の団体から受けていない | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | | 月 | |  | 日 |
| 所属機関名 |  | | | | | | | | |
| 職名 |  | | | | | | | | |
| 所属機関所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | FAX | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | | |

【予備連絡者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 |  | | 年 |  | | 月 |  | | 日 |
| 所属機関名 |  | | | | | | | | | |
| 職名 |  | | | | | | | | | |
| 所属機関所在地  ※責任者と異なる場合のみ記載 | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | FAX | | |  | |
| E-mail |  | | | | | | | | | |

（2）研究実施手順書の了承の有無

本申請書は、医療・健康情報の加工集計情報の提供に関し、募集要項および同意事項等で明示した内容を参照し、了承した上で提出する。

（3）医療・健康情報の加工集計情報の利用目的

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究課題名 |  |
| 1. 研究の必要性 |  |
| 1. 抽出対象 | 疾患名または薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年齢制限の有無　　　なし  　あり　（　　）歳以上　（　　）歳以下 |
| 1. 研究の概要（研究の内容、利用目的、利用する方法及び作成する資料等の内容）   ※2000字以上3000字以内 |  |
| 1. 研究に必要な変数リスト（箇条書きにして下さい。必要に応じて連続変数、カテゴリー変数などの別なども記載して下さい） | 1. 患者属性 2. 診断名 3. 問診情報 4. 検査 5. 検査結果 6. 治療内容 7. アウトカム情報 8. その他 |
| 1. 研究の計画   及び実施予定期間 | 実際に医療・健康情報の加工集計情報を利用する期間  自：医療・健康情報の加工集計情報の提供を受けた日  至：提供日より○○ヶ月  ※医療・健康情報の加工集計情報の利用期間の上限は原則2年間（24ヶ月）とする。 |

（4）提供依頼申請者の本申請書に記載された分野での過去の研究論文

※最大5論文

|  |  |
| --- | --- |
| なし |  |
| あり | 内容： |

（5）医療・健康情報の加工集計情報を扱う者

※区分：提供依頼申請者・共同研究者・委託先より選択。

※１件の研究における情報の取扱は、原則2施設を上限とする。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 区分※ | 所属 | 職名 | 利用場所 |
| （申請責任者） | 提供依頼申請者 |  |  |  |
| （予備連絡者）  ※ご利用の場合 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（6）医療・健康情報の加工集計情報の利用・保管場所について

※外部委託を行う場合、委託先の名称、住所、連絡先（メール・電話）、担当者および当該委託先に対する管理責任者も記載する。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用場所 |  |
| 保管場所 |  |

（7）過去の提供履歴

|  |  |
| --- | --- |
| なし |  |
| あり | 添付資料  利用期間：20　　年　　月　　日～20　　年　　月　　日  内容： |

（8）助成希望順位

希望する助成者の優先順位（優先度が高い順に１～３）をご記入ください。

なお、助成者または選考委員会の判断によりご希望に沿えない場合がございますのであらかじめご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 優先順位 | 助成者（アルファベット順） |
|  | DeSCヘルスケア株式会社 |
|  | IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社 |
|  | 株式会社JMDC |