

福岡県医発第744号（総）

平成18年6月30日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武



第2回ふくおか「臨床医学研究賞」並びに「医療活動功労賞」
の候補者募集について

本件につきまして、財団法人 医療・介護・教育研究財団より別添のとおり案内が参りました。

つきましては、別紙の助成、褒賞事業の募集要領にて貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、応募がございましたら、7月28日（金）までに本会総務課宛、別添の申請書をご提出ください。本会にて取りまとめて応募いたします。



平成18年6月12日

福岡県医師会
会長 横倉 義武 様

財団法人 医療・介護・教育研究財団
理事長 松 村 隆



平成18年度 助成、褒賞事業の実施について(依頼)

謹 啓

貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

また、平素より当財団に格別のご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

当財団では、福岡県の地域医療の確保と質の向上に寄与することを目的として、臨床医学に関係する優れた研究に対する助成事業と優れた医療活動に対する褒賞事業を行なっております。

さて、平成18年度につきましても、下記の要領で助成、褒賞事業を実施することといたしましたので、貴所内に周知いただき、候補者についてご推挙下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬 白

記

1. 応募資格 県内大学医学部または医療関係機関に所属している医療研究者、個人または研究グループ
2. 応募方法 医師会又は県内大学医学部、大学病院を經由して財団指定の応募用紙により応募
3. 応募時期 平成18年6月12日～平成18年8月10日(当日消印有効)
4. 募集内容
 - ①助成事業(第2回ふくおか「臨床医学研究賞」)
 - ⑦対 象: 臨床医学に関する研究
 - ①助成金額: 1件30万円～100万円(総額400万円)
 - ②褒賞事業(第2回ふくおか「医療活動功労賞」)
 - ⑦対 象: 医療活動に関する活動
 - ①褒賞金額: 1件100万円(件数は2件以内)
5. 選考決定 助成、褒賞事業とともに、財団審査委員会で選考の上で決定し、ふくおか「臨床医学研究賞」は10月、ふくおか「医療活動功労賞」は翌年5月に授与式を予定

以



第2回ふくおか「臨床医学研究賞」募集案内

1. 助成の目的

財団法人 医療・介護・教育研究財団は、新しい時代の展望に立って、臨床医学に関係する優れた研究を助成することによって、福岡県の地域医療の確保と質の向上に寄与することを目的とする。

2. 内 容

①研究対象…臨床医学に関係する研究

②研究年度…当該年度の研究分

③金 額…1件30～100万円（総額400万円）

※申請に基づき財団で決定する

3. 受賞条件

①受賞者は、その研究成果を原則1年以内（中間報告は半年後）に財団に提出。

尚、財団は研究結果について、「業績集」として公表。

②研究成果提出時に収支報告書を添付。

③学会発表等の際には「本財団より助成を受けた研究」である旨、記載。

4. 募集期間 平成18年6月12日～8月10日（当日消印有効）

5. 選考決定 財団審査委員会を選考の上、決定

6. 授与式 平成18年10月予定 推薦機関を通じ申請者に通知

7. 申請書類一式の提出先

財団法人 医療・介護・教育研究財団

福岡市中央区薬院1丁目13番8号（〒810-0022）

九電不動産ビル5階

電話：092-716-7786 FAX：092-716-7832

第2回ふくおか「臨床医学研究賞」申請書

下記の課題について、次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 所 属
氏 名
記

印

1. 申請者

氏 名		生年月日	年 月 日 (才)	
所属機関 教室名等			最終卒業学校名・年次	
			選考分野	
所属機関職位				
所属機関所在地	〒	TEL	FAX	E-mail
	住所			
連 絡 先	〒	TEL	FAX	E-mail
	住所			

2. 研究テーマ及び概要

(様式-1)

3. 共同研究者

所属・職名：

氏 名：

所属・職名：

氏 名：

所属・職名：

氏 名：

4. 推薦者及び団体確認

氏 名	印	団体名	
		役 職	
申請者との関係			
推 薦 理 由			
団体確認印			

印

5. 申請金額 (30～100万円の範囲)

万円

6. 助成金の主要使用目的 (予定)

項 目	内 容	金額 (万円)
1.		
2.		
3.		

研究テーマ

--

研究の内容

[illegible]

※写真等参考になる資料があれば、添付して下さい。

4. 研究の背景		
5. 研究の意義・目的		
6. 期待される効果		
7. 研究の特色及び国内外の関連する研究の中での当該研究の位置づけ		
8. 学会・論文発表等	有 ・ 無	(有の場合は内容記入のこと)
9. 他の賞の受賞状況	有 ・ 無	(有の場合は内容記入のこと)

第2回ふくおか「医療活動功労賞」募集案内

1. 褒賞の目的

財団法人 医療・介護・教育研究財団は、新しい時代の展望に立って、優れた医療活動を褒賞し、福岡県の地域医療の確保と質の向上に寄与することを目的とする。

2. 内 容

- ①活動対象…医療活動において、優れた活動成果をあげられたもの
- ②金 額…1件100万円
- ③件 数…2件以内

3. 受賞条件

- ①受賞者は、その活動成果を原則半年以内に財団に提出。
尚、財団は活動結果について、「業績集」として公表。
- ②研究成果提出時に収支報告書を添付。
- ③学会発表等の際には「本財団より褒賞を受けた活動」である旨、記載。

4. 募集期間 平成18年6月12日～8月10日（当日消印有効）

5. 選考決定 財団審査委員会で選考の上、決定

6. 授与式 平成19年5月予定 推薦機関を通じ、申請者に通知

7. 申請書類一式の提出先

財団法人 医療・介護・教育研究財団

福岡市中央区薬院1丁目13番8号（〒810-0022）

九電不動産ビル5階

電話：092-716-7786 FAX：092-716-7832

第2回ふくおか「医療活動功労賞」申請書

下記の課題について、次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 所 属

氏 名

印

記

1. 申請者

氏 名		生年月日	年	月	日
				(才)	
所属機関 教室名等			最終卒業学校名・年次		
			選考分野		
所属機関職位					
所属機関所在地	〒	TEL	FAX	E-mail	
	住所				
連 絡 先	〒	TEL	FAX	E-mail	
	住所				

2. 活動テーマ及び概要

(様式-1)

3. 共同活動研究者

所属・職名：

氏 名：

所属・職名：

氏 名：

所属・職名：

氏 名：

4. 推薦者及び団体確認

氏 名	印	団体名	
		役 職	
申請者との関係			
推 薦 理 由			
団体確認印	印		

5. 褒賞金の主要使用目的 (予定)

項 目	内 容	金額 (万円)
1.		
2.		
3.		

活動テーマ

--

活動の内容

[illegible]

※写真等参考になる資料等があれば、添付して下さい。

4. 活動の背景		
5. 活動の意義・目的		
6. 年度別活動経過		
7. 活動の特色・期待される結果		
8. 学会・論文発表等 有 ・ 無 (有の場合は内容記入のこと)		
9. 他の賞の受賞状況 有 ・ 無 (有の場合は内容記入のこと)		