

福岡県医第 358 号 (総)

平成 19 年 5 月 25 日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

第 3 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17日(火)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 19 年 5 月吉日

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 19 年度 助成・褒賞事業の実施について（依頼）

謹 啓

新緑の候、貴殿におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より当財団に格別のご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、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っております。

つきましては、平成 19 年度の助成・褒賞事業を下記の要領で実施いたしますので、貴所内にご周知いただき、候補者をご推挙下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹 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、または研究グループ
2. 応募方法 医師会、県内大学医学部または大学病院を経由して財団指定の応募用紙により応募
3. 応募期間 平成 19 年 6 月 1 日～平成 19 年 7 月 31 日（当日消印有効）
4. 募集内容
 - ①助成事業（第 3 回ふくおか「臨床医学研究賞」）
対 象：臨床医学に対する研究
助成金額：1 件 30 万円～100 万円（総額 400 万円）
 - ②褒賞事業（第 3 回ふくおか「医療活動功労賞」）
対 象：医療活動に関係する活動
助成金額：1 件 100 万円（件数は 2 件以内）
5. 選考決定 助成、褒賞事業ともに財団内設置の選考委員会で選考のうえ決定。
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 月に贈呈式を予定。

以



財団法人 医療・介護・教育研究財団
第3回ふくおか「臨床医学研究賞」助成候補者募集要項

□助成の趣旨

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し、助成の公募を行う。

(1)ふくおか「臨床医学研究賞」・・・臨床医学に関係する優れた研究に助成する

・対象分野 : 特に定めない

・金 額 : 1件あたり30万円～100万円(総額400万円)

・研究年度 : 当該年度の研究分

□募集期間 平成19年6月1日～平成19年7月31日(当日消印有効)

□決定・交付時期 平成19年10月 申請者宛書信にて通知

□選考方法 当財団の審査委員会において選考し、理事会にて決定

□受賞者の義務

1. 受賞者は、指定された期日に1年間の収支報告書を財団理事長宛に提出する。
2. 受賞者は、研究内容が医学誌その他刊行物に掲載されたときは、その写しを添付する。
3. 受賞者は、研究内容についての中間結果・最終結果を、指定された期日までに報告する。
4. 当財団は、受賞者の研究結果の全文または一部を「業績集」として公表。

□申請方法

所定の申請書に必要事項を記載し、当財団に提出して下さい。

財団法人 医療・介護・教育研究財団 事務局

〒810-0011

福岡市中央区高砂2丁目10番1号 九電エグループビル4階

TEL(092)534-1567 FAX(092)534-1585

財団法人 医療・介護・教育研究財団 殿

第3回ふくおか「臨床医学研究賞」助成申請書

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. 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 事 項			
団体確認印			

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]

※資料等を添付下さい。

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）

※資料等を添付下さい。

財団法人 医療・介護・教育研究財団
第3回ふくおか「医療活動功労賞」褒賞候補者募集要項

□褒賞の趣旨

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、医療に係る活動において、優れた成果をおさめたものを褒賞し、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し、公募を行う。

(1)ふくおか「医療活動功労賞」……医療に関する活動において、優れた成果をおさめたものに授与する

・対象分野 : 特に定めない

・金額、件数 : 1件100万円(2件以内)

□募集期間 平成19年6月1日～7月31日(当日消印有効)

□決定・交付時期 平成20年5月 申請者宛書信にて通知

□選考方法 当財団の審査委員会において選考し、理事会にて決定

□受賞者の義務

1. 受賞者は、活動内容が医学誌その他刊行物に掲載されたときは、その写しを添付する。
2. 受賞者は、活動内容についての中間結果・最終結果を、指定された期日までに報告する。
3. 当財団は、受賞者の活動結果の全文または一部を「業績集」として公表。

□申請方法

所定の申請書に必要事項を記載し、当財団に提出して下さい。

財団法人 医療・介護・教育研究財団 事務局

〒810-0011

福岡市中央区高砂2丁目10番1号 九電エグループビル4階

TEL(092)534-1567 FAX(092)534-1585

財団法人 医療・介護・教育研究財団 殿

第3回ふくおか「医療活動功労賞」褒賞申請書

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 事 項			
団体確認印			

5. 褒賞金の主要使用目的(予定)

項 目	内 容	金額(万円)
1.		
2.		
3.		

(様式—1)

活動テーマ

申請者 氏 名

活動の内容

[illegible]

※資料等を添付下さい。

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）	

※ 資料等を添付下さい