

福岡医発第 225 号 (総)

平成 20 年 4 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)

公益信託臨床検査医学研究振興基金研究奨励金受賞候補者の募集について

本件につきまして、公益信託臨床検査医学研究振興基金より別添のとおり案内が参りました。

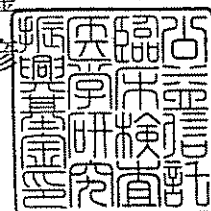
つきましては、貴会会員へご周知いただきますとともに、応募がございましたら、6月10日(火)までに本会総務課宛、別添の推薦書をご提出くださいますようお願い申し上げます。本会にて取りまとめて応募いたします。

平成20年 4 月

関 係 各 位

公益信託 臨床検査医学研究振興基金

運営委員長 中原一彦



拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、公益信託臨床検査医学研究振興基金（平成15年 4 月公益信託臨床病理学研究振興基金より名称変更）は、昭和55年に創立された臨床病理学研究振興会の事業を恒久的に存続することを願い、厚生（現厚生労働）大臣の許可を得て昭和63年に新たに発足し、臨床検査医学分野における若手研究者に対する研究奨励（助成）事業を実施して本年度で28年目を迎えております。

また、過年度において本基金（前身の振興会を含む）の研究奨励金を授与され、授与後5年以上経過し、引き続き臨床検査医学分野において優れた業績を上げている研究者に対し「小酒井望賞」を授与する顕彰事業を平成2年度より実施いたしております。

さらに、長年にわたり臨床検査医学・臨床検査室に専従され、とくに臨床検査室の管理運営において顕著な功績があった臨床検査専門家に対し「藤田光一郎賞」を授与する顕彰事業を平成15年度から設置し、平成18年度からは公募制へ移行いたしております。

つきましては、今般、平成20年度の「研究奨励金授与候補者」ならびに「藤田光一郎賞」の募集をいたすことになりましたので、同封いたしました下記の書類をご参照いただき、候補者のご推薦を賜りたくお願い申し上げます。

なお、本基金は推薦者・被推薦者の個人情報をお基金選考助成実施のために必要な範囲において取扱うこととし、その範囲を超えて使用することは一切ありません。

敬 具

記

（同封書類）①公益信託臨床検査医学研究振興基金の概要

②研究奨励金授与候補者の応募要項および推薦書

③「藤田光一郎賞」顕彰候補者の応募要項および推薦書



以 上

「公益信託 臨床検査医学研究振興基金」概要

1. 目的 臨床検査医学分野の研究、技術の開発に対する助成と顕彰等により臨床検査医学の振興を図り、以って医学の進歩および医療技術の高度化に寄与する。
2. 事業
 - ①臨床検査医学分野において貢献期待度大と認められる研究の奨励および研究者への助成
 - ②臨床検査医学分野における優れた研究業績等に対する顕彰
 - ③研究成果の学術誌および学会における発表の援助ならびにその研究報告書の作成
 - ④その他目的達成のために必要な事業
3. 当初信託財産 3億円
4. 信託管理人 河 合 忠 国際臨床病理センター所長
5. 運営委員長 中 原 一 彦 独立行政法人 大学評価・学位授与機構教授
運営委員 一 山 智 京都大学大学院教授
(アイウエオ順) 小 栗 豊 子 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科主任
鈴 木 博 正 富士レビオ株式会社社長
高 木 康 昭和大学教授
竹 中 浩 治 財団法人医療関連サービス振興会理事長
田 澤 裕 光 株式会社エスアールエル社長
吉 田 浩 財団法人仁和泉会医学研究所北福島医療センター院長
6. 委託者 ①富士レビオ株式会社
②株式会社エスアールエル
7. 受託者 みずほ信託銀行株式会社

平成20年度公益信託臨床検査医学研究振興基金 研究奨励金候補者の応募要項

1. 目 的

本基金は臨床検査医学（臨床病理学、臨床検査診断学、検査診断学、病態検査学等）および臨床検査分野において活躍し、学術的貢献の期待が大きいと認められる若手研究者に研究奨励金を贈り、将来に向けて若手研究者を育成することを目的とします。

2. 対 象

臨床検査医学（臨床病理学、臨床検査診断学、検査診断学、病態検査学等）および臨床検査分野に関する研究のうち、本基金の目的に合致するもの。

3. 応募資格

研究奨励金授与候補者は、以下の全ての項目に該当しないこと。

- ① 応募締切日において年齢50才以上の方
- ② 教授、病院・研究所等の部長職以上にある方
- ③ 過年度において当基金（振興会舎）の研究奨励金を受けられた方

4. 助成金額

1 件100万円以内

5. 推薦方法

推薦者は別紙所定の用紙に候補者名と、詳細な履歴、研究分野、研究題目、研究内容と推薦理由等必要事項をご記入のうえ、本基金事務局宛送付して下さい。

候補者^{ふりがな}氏名は、候補者（被推薦者）ご自身にて自署（サイン）して下さい。

あわせて推薦者（氏名）は、推薦者ご自身にて自署（サイン）して下さい。

6. 締切日

平成20年 6 月20日必着

7. 選考方法

本基金の運営委員会が委嘱した選考委員会において選考のうえ、運営委員会で決定します。

8. 研究奨励金の贈呈

平成21年2月の予定

9. 推薦書送付先

〒103-8670 東京都中央区八重洲1-2-1

みずほ信託銀行株式会社

プライベートバンキング企画部福祉信託係

公益信託臨床検査医学研究振興基金 電話 03 (3274) 9210

FAX03 (3274) 9504

- (注) 1. 研究奨励金は贈呈後の1年間に使用することを原則とします。
2. 当研究奨励金の受領者に対しては、研究成果報告書（経過と結果）および奨励金の使用状況についての収支報告書（証拠書類を付けて）を求めるほか、特に条件はつけません。しかし、研究終了時にはしかるべき専門誌に研究成果を発表していただくことといたします。
- なお、発表する際は“公益信託臨床検査医学研究振興基金より研究奨励金を授与された研究である”旨を表記していただきます。
3. 応募に際しては、代表研究者が、当該研究が行われる主たる大学・研究所等の施設長または機関長から、この研究奨励金を申し込むことについての承諾を必ず得て下さい。

以 上

平成20年4月

公 益 信 託 臨 床 検 査 医 学 研 究 振 興 基 金
Charitable Trust Laboratory Medicine Research Foundation of Japan

信託管理人 河 合 忠

運営委員長 中 原 一 彦

推薦書の記入例

お願い ※楷書体で記入して下さい（タイプまたはワープロ打可）

候補者氏名および推薦者(氏名)は、自署(サイン)して下さい。

1/2

候補者氏名 ふりがな やま だ た ろう
山 田 太 郎

生年月日 1962 年 1 月 10 日生 (満 46 才)

グループ研究の場合は代表研究者氏名をこの欄に記入し、別項に協同研究者に関する事項を記入して下さい。

履 歴 (最終卒業学校・大学院・現職・学位と経歴を詳細に記入して下さい。)

最終卒業学校 国際大学 医学部 (昭和61年3月卒)、大学院 (年 月終了)

現職(主たる勤務先、所属、役職名、資格等)・学位 国際大学病院 検査部 助教授

経 歴

昭和 61 年 5 月～63 年 3 月	国際大学 医学部 附属病院 研修医
昭和 63 年 4 月～平成 4 年 5 月	国際大学病院 検査部 医員
平成 4 年 5 月～6 年 3 月	国際大学病院 検査部 助手
平成 6 年 4 月～9 年 3 月	国際大学病院 検査部 講師
平成 9 年 4 月～現在 年 月	国際大学病院 検査部 助教授
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

研究題目

フリン代謝異常症の
病態生化学的研究

研究分野

(C～Oの中から該当するものを原則として1つ選び、
○印をして下さい。ただし必要ならば複数でも可。)

◎: 生 化 学 M: 微 生 物 学
H: 血 液 学 P: 生 理 学
I: 免 疫 学 D: DNA 関連分野
O: そ の 他

本研究テーマの分担内容 (協同研究のみ記入)

分担項目 担当研究者名

候補者が現在まで受けた研究助成
研究テーマ

研究奨励団体名
研究助成授与年号
協同研究者

協同研究グループ(研究奨励金を授与された場合は研究成果報告書を提出していただきますが、協同研究者)
(氏名は応募時のとおりとします。)

氏 名	生年月日	最終卒業学校	所属機関・現職・学位
-----	------	--------	------------

本研究に関する計画の概要

研究計画

研究内容

期 間

-
-
-
-

費用計画

使途内容

予定金額（千円）

-
-
-
-
-
-
-

合計 万円

推薦者

氏 名 鈴木太郎 (印)
 所 属 国際大学病院 臨床化学検査部
 職 名 部長
 所在地 〒

(所在地は、候補者の所在地と異なる場合にはご記入下さい。)

連絡責任者

氏 名 山田太郎
 連絡先 国際大学病院 検査部 電話 (999) 999-9999 番 (内線) 999
 所在地 〒999-9999 東京都国際区国際町 1-2-3

本施設所属の上記研究者がこの研究奨励金の申し込みをすることを承諾いたします。

所属施設長又は機関長職

氏 名

職印

東京都 国際区 国際町 1-2-3
 国際大学病院 院長 佐藤太郎

平成20年 6 月 / 日

研究獎勵金授与候補推薦書

(1)

本研究に関する計画の概要

研究計画

研究内容

期 間

-
-
-
-

費用計画

使途内容

予定金額（千円）

-
-
-
-
-
-
-

合計 万円

研究内容（研究成果を臨床検査医学の分野にどのように応用するか含めて詳細に記入して下さい。書ききれないときは、次のページを使用して下さい。）

本研究の為、参考にした主な文献

(著者・標題・誌名・巻・号・ページ・年号を明記して下さい。)

臨床検査および本研究に関連した現在までの候補者の主な論文 (10編以内にとりまとめをお願いします。)

(専門誌に発表済のものは、著者・標題・誌名・巻・号・ページ・年号を明記し、著者名はすべて記入し、主著者であるか否かが判るようにして下さい。なお、書ききれない場合は次ページおよび別紙に記入して下さい。また、主な別刷またはそのコピーを10編以内添付して下さい。)

推薦理由

推薦者

氏名

印

所属

職名

所在地 〒

(所在地は、候補者の所在地と異なる場合にはご記入下さい。)

連絡責任者

氏名

連絡先

電話 ()

—

番 (内線)

所在地 〒

本施設所属の上記研究者がこの研究奨励金の申し込みをすることを承諾いたします。

所属施設長又は機関長職

氏名

職印

平成 年 月 日

平成20年度公益信託臨床検査医学研究振興基金 「藤田光一郎賞」顕彰候補者の応募要項

1. 目 的

臨床検査医学、とくに臨床検査室の管理運営（laboratory management）分野において、顕著な功績があった臨床検査専門家を顕彰します。

2. 名 称

「藤田光一郎賞」

3. 顕彰金額

毎年 1 名50万円

4. 対象者

臨床検査医学を専攻し、臨床検査室に永年にわたり専従し、とくに臨床検査室の管理運営の分野において研究、創意、工夫、質改善等に関連して顕著な成果を挙げた者とする。原則として、定年退職後、その業績が確立した時点に授与します。

5. 推薦方法

推薦者は、別紙所定の用紙に顕彰候補者名、生年月日、現職・学歴・職歴、受賞歴、推薦理由ならびにキーワード、顕彰候補者の主要文献、推薦者の氏名、所属機関、職位、連絡先等必要事項をご記入のうえ、本基金事務局宛送付して下さい。推薦者氏名は、推薦者ご自身にて自署（サイン）して下さい。

6. 締切日

平成20年 6 月20日必着

7. 選考方法

本基金の運営委員会または選考委員会が委嘱した選考委員会において選考のうえ、運営委員会で決定します。

8. 顕彰金の贈呈

平成21年 2 月の予定

9. 推薦書送付先

〒103-8670 東京都中央区八重洲1-2-1

みずほ信託銀行株式会社

プライベートバンキング企画部福祉信託係

公益信託臨床検査医学研究振興基金 電話 03 (3274) 9210

FAX03 (3274) 9504

以 上

平成20年 4 月

公 益 信 託 臨 床 検 査 医 学 研 究 振 興 基 金

Charitable Trust Laboratory Medicine Research Foundation of Japan

信託管理人 河 合 忠

運営委員長 中 原 一 彦

公益信託 臨床検査医学研究振興基金

平成20年度藤田光一郎賞顕彰候補者推薦書

公益信託臨床検査医学研究振興基金

運営委員会 殿

平成 年 月 日

推 薦 を 受 け る も の

候補者氏名

生 年 月 日

1 9 年 月 日 (満 才)

現 職 (主たる勤務先、所属、役職名、資格等)・学位

学 歴 (最終卒業学校・大学院・現職・学位と経歴を詳細に記入して下さい。)

最終卒業学校

(年 月卒)、大学院

(年 月修了)

職 歴

年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月

受賞歴

推薦理由

＊推薦者は、具体的に主要な業績を挙げてご推薦下さい。

キーワード	1 2 3
推薦者	印
氏名	
所属機関 職位 連絡先	
電話	

主要文献

＊推薦者は、被推薦者本人の主要文献 3 編以内を挙げて下さい。