



福島医発第 91 号 (総)

平成 22 年 4 月 10 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」授与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。

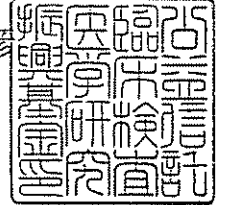
つきましては、貴会会員へご周知いただきますとともに、応募がございましたら、6月4日(金)までに本会総務課宛、別添の推薦書をご提出くださいますようお願い申し上げます。本会にて取りまとめて応募いたします。

平成22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慶び申し上げます。

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を変更）は、昭和56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年に発足しました。

爾来、今日まで、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）事業を実施して参りました。『臨床病理学研究振興会』発足から29年目、公益信託として認可を受けてから22年目を迎えたことになります。

また、過年度において本基金（前身の臨床病理学研究振興会を含む）より研究奨励金を授与され、その後5年以上を経過し、引き続き臨床検査医学分野において優れた業績をあげている研究者に対する顕彰事業として「小酒井 望賞」を創設し、平成2年度より実施しております。

さらに、永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する顕彰事業として「藤田 光一郎賞」を創設し、平成15年度より実施しております。

このたび、平成22年度の「研究奨励」授与候補者ならびに「藤田 光一郎賞」顕彰候補者の募集を行うことになりましたので、同封しました下記の書類をご参照いただき、各候補者をご推薦くださいますようお願い申し上げます。

なお、本基金は推薦者・被推薦者の方の個人情報と、「研究奨励」授与候補者ならびに「小酒井 望賞」および「藤田 光一郎賞」顕彰候補者の選考のために必要な範囲において取扱い、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平成22年度「研究奨励」授与候補者の応募要項および推薦書

③平成22年度「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」の概要

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ことを目的とする。
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
(五十音順) 小 栗 豊 子 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院臨床検査部技術顧問
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副会長
吉 田 浩 財団法人 仁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

以 上

公益信託 臨床検査医学研究振興基金

平成22年度「研究奨励」授与候補者応募要項

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する。

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」授与候補者は、次のいずれの項目にも該当しない研究者とする。

- ① 応募締切日において年齢が50才以上の者
- ② 教授職または病院・研究所等の部長職以上の者
- ③ 過年度において本基金（「臨床病理学研究振興会」時も含む）の研究奨励金を受けた者

4. 助成金額

1件100万円以内

5. 推薦方法

推薦者は所定の「研究奨励」授与候補者推薦書に候補者氏名ふりがなの他、必要事項を全て記入のうえ、下記の事務局あて送付してください。

* 候補者氏名欄には、必ず候補者の自署（サイン）ふりがなを、推薦者氏名欄には、必ず推薦者の自署（サイン）をお願いします。

* 電子ファイル（.xls）希望の方は、事務局あてインターネットメール（E-mail: hiroichi.aono@mizuho-tb.co.jp）で連絡してください。

6. 締切日

平成22年6月18日（金）事務局必着

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、運営委員会において決定する。

8. 研究奨励金の贈呈

平成23年2月（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 個人業務部 福祉信託係

「公益信託 臨床検査医学研究振興基金」事務局

電話 03（3274）9210

FAX 03（3274）9504

E-mail：hiroichi.aono@mizuho-tb.co.jp

- （注）1. 「研究奨励」授与候補者は、応募に際して当該研究が行われる大学・研究所等の施設長または機関長の承諾を必ず得てください。
2. 研究奨励者（共同研究代表者を含む）に対しては、研究についての成果報告書（経過と結果）および奨励金についての収支報告書（確証を添付のうえ）を提出していただきます。
- また、研究終了時においては学会誌等に研究の成果を発表してください。
- なお、発表の際には“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”旨を明記してください。
3. 研究奨励金は贈呈後、1年以内に使用することを原則とします。

以 上

平成22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22年度「研究奨励」授与候補者推薦書（記入例.1）

氏名（ふりがな） やま だ た ろう 山田太郎		生年月日（西暦で記入してください。） 1962 年 1 月 10 日生（満 48 歳）	
*共同研究の場合は研究代表者氏名を記入し、別項（下段、共同研究者欄）に共同研究者に関する事項を記入してください。		自署で お願いします。	
現 職（主たる勤務先、所属、役職名） 国際大学医学部附属病院 検査部 准教授			
臨床検査とのかかわり（具体的に記入してください。） 検査部血液部門の管理運営、骨髓標本コメント記載、検査相談、学生教育			
学 位 博士（医学）（国際大学）			
資 格（医師・臨床検査技師・臨床検査専門医・その他学術団体が認定する資格） 医師免許（1986年4月取得）、臨床検査専門医			
学 歴（専修学校以上を記入してください。）			
1980 年 4 月 国際大学医学部入学			
1986 年 3 月 同校卒業			
1986 年 4 月 国際大学大学院医学系研究科博士課程入学			
1992 年 3 月 同校卒業			
年 月			
年 月			
最終卒業学校			
大学 (年 月卒業)			
国際大学 大学院 医学系研究科 (1992 年 3 月卒業)			
職 歴（臨床検査とのかかわりがわかるように記入してください。）			
1986 年 5 月～ 1988 年 3 月 国際大学 医学部附属病院 研修医			
1992 年 6 月～ 1994 年 3 月 国際大学 医学部附属病院検査部 医員			
1994 年 4 月～ 2000 年 3 月 国際大学 医学部附属病院検査部 助手			
2000 年 4 月～ 2003 年 3 月 国際大学 医学部附属病院検査部 講師			
2003 年 4 月～ 2007 年 3 月 国際大学 医学部附属病院検査部 助教授			
2007 年 4 月～ 現在 年 月 国際大学 医学部附属病院検査部 准教授			
所属学会 日本臨床検査医学会・日本内科学会・日本血液学会			
研究題目		研究分野（次の中から該当するものを原則として1つ選び、 ○印をしてください。ただし、必要な場合は複数可。）	
フローサイトメトリーを用いた		C：生 化 学 M：微 生 物 学	
白血病細胞転写因子の解析		○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（共同研究のみ記入）		候補者が現在まで受けた研究助成	
分担項目 担当研究者		（受賞年度・研究テーマ・奨励団体名・共同研究者・助成金額を記入）	
共同研究者 （氏名・生年月日・最終卒業学校・所属機関・現職・学位を記入）			

推薦理由

推薦者

氏名

鈴木太郎

自署で
お願いします。

印

所属

国際大学医学部附属病院 検査部

職位

部長

所在地 〒

(候補者の所在地と異なる場合は記入してください。)

連絡責任者

氏名

山田太郎

所属

国際大学医学部附属病院検査部

所在地 〒

999-9999 東京都国際区国際町1～2～3

TEL

999 999 9999

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

東京都国際区国際町1～2～3

国際大学医学部附属病院 院長 佐藤太郎

職印

2010 年 6 月 1 日

公益信託 臨床検査医学研究振興基金
平成22年度「研究奨励」授与候補者推薦書（記入例.2）

氏名（ふりがな） やま　だ　はな　こ 山田花子		生年月日（西暦で記入してください。） 1969 年　8 月　25 日生（満 40 歳）	
自署で お願いします。			
* 共同研究の場合は研究代表者氏名を記入し、別項（下段、共同研究者欄）に共同研究者に関する事項を記入してください。			
現　職（主たる勤務先、所属、役職名） 国際第二病院　臨床検査部　臨床検査技師主任			
臨床検査とのかかわり（具体的に記入してください。） 生化学検査室で臨床検査に従事			
学　位　学士（保健衛生学）			
資　格（医師・臨床検査技師・臨床検査専門医・その他学術団体が認定する資格） 臨床検査技師免許（1986年取得）、認定臨床検査技師			
学　歴（専修学校以上を記入してください。）			
1983 年　4 月　国際医療技術専門学校 臨床検査技師科 入学			
1986 年　3 月　同校　卒業			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
最終卒業学校			
放送 大学　　　　　　　　　（ 1996 年 3 月卒業）			
大学院　　　　　　　　　（　　　年　月卒業）			
職　歴（臨床検査とのかかわりがわかるように記入してください。）			
1986 年　4 月～ 1994 年　3 月　国際大学第一病院検査部臨床検査技師			
1994 年　4 月～ 1998 年　3 月　国際大学第二病院検査部臨床検査技師			
1998 年　4 月～ 現在 年　月　同院検査部臨床検査技師主任			
年　月～　　　年　月			
年　月～　　　年　月			
年　月～　　　年　月			
所属学会 日本医学校査学会・日本臨床化学会			
研究題目		研究分野（次の中から該当するものを原則として1つ選び、○印をしてください。ただし、必要な場合は複数可。）	
プリン代謝異常症の		○C：生　化　学　　　M：微生物学	
病態生化学的研究		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（共同研究のみ記入） 分担項目　　　　　　　担当研究者		候補者が現在まで受けた研究助成 （受賞年度・研究テーマ・奨励団体名・共同研究者・助成金額を記入）	
共同研究者　　（氏名・生年月日・最終卒業学校・所属機関・現職・学位を記入）			

推薦理由

推薦者

氏名

鈴木太郎

自署で
お願いします。

所属

国際第二病院 臨床検査部

印

職位

部長

所在地 〒

(候補者の所在地と異なる場合は記入してください。)

連絡責任者

氏名

山田花子

所属

国際第二病院臨床検査部

所在地 〒

999-9999 東京都国際区国際町1-2-3

TEL

999 999 9999

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

東京都国際区国際町1-2-3

国際第二病院 院長 佐藤太郎

職印

2010 年 6 月 1 日

公益信託 臨床検査医学研究振興基金
平成22年度「研究奨励」授与候補者推薦書

氏名（ふりがな）		生年月日（西暦で記入してください。）	
		年 月 日生（満 歳）	
* 共同研究の場合は研究代表者氏名を記入し、別項（下段、共同研究者欄）に共同研究者に関する事項を記入してください。			
現 職（主たる勤務先、所属、役職名）			
臨床検査とのかかわり（具体的に記入してください。）			
学 位			
資 格（医師・臨床検査技師・臨床検査専門医・その他学術団体が認定する資格）			
学 歴（専修学校以上を記入してください。）			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
最終卒業学校			
大学		(年 月卒業)	
大学院		(年 月卒業)	
職 歴（臨床検査とのかかわりがわかるように記入してください。）			
年 月～		年 月	
年 月～		年 月	
年 月～		年 月	
年 月～		年 月	
年 月～		年 月	
年 月～		年 月	
所属学会			
研究題目		研究分野（次の中から該当するものを原則として1つ選び、○印をしてください。ただし、必要な場合は複数可。）	
		C：生 化 学 M：微 生 物 学	
		H：血 液 学 P：生 理 学	
		I：免 疫 学 D：D N A 関 連 分 野	
		O：そ の 他	
本研究テーマの分担内容（共同研究のみ記入）		候補者が現在まで受けた研究助成	
分担項目 担当研究者		（受賞年度・研究テーマ・奨励団体名・共同研究者・助成金額を記入）	
共同研究者 （氏名・生年月日・最終卒業学校・所属機関・現職・学位を記入）			

本研究に関する計画の概要

【研究計画】

研究内容

期 間

[illegible]

【費用計画】

費用内訳

予定金額 (単位: 万円)

項目	金額	備註
1. 材料費		
2. 労務費		
3. 経費		
4. 雑費		
5. 減価償却費		
6. 税金		
7. その他		
合計		

合 語

研究内容(研究成果を臨床検査医学分野にどのように応用するかを含めて詳細に記入してください。書ききれない場合は、次ページを使用してください。)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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・年号を明記してください。）

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編程度を記載願います。）

（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、共同研究の場合は著者をすべて記入してください。書ききれない場合は、次ページを使用してください。なお、論文の別刷またはコピーを添付してください。）

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

印

職印

(6)

公益信託 臨床検査医学研究振興基金

平成22年度「藤田 光一郎賞」顕彰候補者応募要項

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する。

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で顕彰する。

5. 推薦方法

推薦者は、所定の平成22年度「藤田^{ふりがな}光一郎賞」顕彰候補者推薦書に候補者氏名の他、必要事項を全て記入のうえ、下記の事務局あて送付してください。

推薦者（氏名）欄は、推薦者の自署（サイン）をお願いします。

＊電子ファイル（.xls）希望の方は、事務局あてインターネットメール（E-mail: hiroichi.aono@mizuho-tb.co.jp）で連絡してください。

6. 締切日

平成22年 6 月18日（金）事務局必着

7. 選考方法

本基金の運営委員会において決定する。

8. 顕彰金の贈呈

平成23年 2 月（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 個人業務部 福祉信託係

「公益信託 臨床検査医学研究振興基金」事務局

電話 03 (3274) 9210

FAX 03 (3274) 9504

E-mail : hiroichi.aono@mizuho-tb.co.jp

以 上

平成22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22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

2010 年 月 日

候補者氏名 ふりがな	
生 年 月 日 (西暦で記入してください。)	年 月 日生 (満 歳)
現 職 (主たる勤務先、所属、役職名、資格)	
学 位	
学 歴 (最終卒業学校・大学院を西暦で記入してください。)	
(年 月卒業)	
大学院 (年 月修了)	
職 歴 (西暦で記入してください。)	
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 (年度、受賞名等)	

推薦理由

*具体的に主要な業績を挙げてご推薦ください。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

キーワード	1
	2
	3
推 薦 者	
氏 名 ふりがな	印
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編以内を挙げてください。