|  |
| --- |
| 受付：23 －　　－ |

**PX (patient experience) 研究・実践助成申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請区分**いずれかに○をする | 病院研究・実践 | 診療所または事業所研究・実践 |
|  |  |

1. 文字の入力は11ポイントでお願いします。各項目への記載は指定のない限り欄内に納めてください。
2. 申請書様式の変更は無効となります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者・研究代表者** |  | フリガナ |  | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 |  | 西暦 | 歳 |
| 年 | 月 | 日 |
| 所属施設 |  | 職務名　 |
|  | 住所 | 〒  |
| 連絡先 | TEL: | E-Mail: |
| 略歴（学歴・職歴など） | 主な研究実績（著書・論文など） |
| 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **共同研究者** | 氏名 | 所属・職務名 | 本研究における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **推 薦 者（サーベイ実施医療機関責任者）** | 上記の通り、一般社団法人ペイシェントエクスペリエンス研究会のPX研究・実践助成金候補者を推薦します所在地所属機関・部署推薦者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職推薦に関する問い合わせ先部署名担当者名電話E-mail |

※所属長がサーベイ実施機関の責任者と異なる場合は所属長の推薦も必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| **推 薦 者（所属長）** | 上記の通り、一般社団法人ペイシェントエクスペリエンス研究会のPX研究・実践助成金候補者を推薦します所在地所属機関・部署推薦者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職推薦に関する問い合わせ先部署名担当者名電話E-mail |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ(課題) |  |
| 研究要旨(100字以内で簡潔に記載) |  |
| 研究目的 |  |
| 期待される成果 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究計画 |  |
| 現在の準備状況※※さらに、研究に係る書籍・論文があれば、その情報を記載 |  |
| 資金計画 |  |