|  |
| --- |
| 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 |  |