

## J&amp;J Surgical Vision (AMO)契約研究助成応募サイト

同意確認 以下の内容をご確認の上、各項目に同意いただく必要があります。

契約の締結 [必須]	<p>この研究助成では、エイムオー・ジャパン株式会社（以下、エイムオー社）と施設（大学、病院、研究施設）との間で「契約書」を締結します。本契約書は、エイムオー社から提供されるテンプレートに従って作成します。</p> <p><b>上記内容に同意します。</b></p>
法令遵守・責務 [必須]	<p>申請した研究の遂行にあたり、各種法令、倫理に関する指針及び所属施設内部規程を遵守し、自己の責任において本研究を行います。また、エイムオー社およびその従業員にいかなる役割や責任も負わせません。</p> <p><b>上記内容に同意します。</b></p>
研究内容・場所 [必須]	<p>申請した研究は、治験、エイムオー社製品の評価を目的とした研究（基礎研究、臨床研究、疫学調査および疫学研究）ではありません。日本国内で行われる研究であり、海外で行われる研究ではありません。また、臨床研究法による特定臨床研究および複数の研究機関による共同研究ではなく、募集要項に記載のその他の助成対象外のものではありません。</p> <p><b>上記内容に同意します。</b></p>
使途 [必須]	<p>エイムオー社から提供される助成金を、申請した研究以外の目的や、募集要項の「4. 研究助成金の使途について」で助成の対象とならないとされている費用に使用しません。助成金の使用用途には、申請した研究成果の発表を行わない国内学会または海外学会への参加費、旅費が含まれません。また、大学附属病院に勤務する医療担当者個人に対する調査、研究のための助成ではありません。</p> <p><b>上記内容に同意します。</b></p>
審査および結果について [必須]	<p>申請した研究がエイムオー社の定める要件を満たしていない場合は、申請が受理されない場合があります。審査の結果、助成を受けられない場合や、助成金額が変更される場合があります。</p> <p><b>上記内容に同意します。</b></p>
異議申し立て [必須]	<p>営業およびマーケティング部門から独立した組織である契約研究助成審査委員会で厳正に審査されます。審査内容および審査結果に至る理由は、今後の制度運用の適正性確保の観点から開示されません。審査結果について異議を申し立てることはできません。</p>

**上記内容に同意します。**

研究報告の提出 [必須]

この助成を受けた研究に関して、助成対象期間終了後3か月以内に報告書を提出します。なお、報告書は、エイムオー社から提供されるテンプレートに従って作成します。

**上記内容に同意します。**

助成金の支払い [必須]

助成金は、契約書を締結した後に助成総額の75%が支払われ、エイムオー社のテンプレートにしたがった研究結果報告書および収支報告書を提出した後に残りの25%が支払われます。

**上記内容に同意します。**

支援による影響 [必須]

この研究助成によって、「医療機器および医療用医薬品の購入に関する有利な取り扱い」などの見返りの利益を約束することは、決してありません。この研究助成は、エイムオー社の製品に関する取引に対する見返りの利益や、エイムオー社製品の取引への影響を考慮して行われるものではありません。

**上記内容に同意します。**

情報公開 [必須]

エイムオー社の「透明性に関する指針 ([https://www.jnj.co.jp/about-jnj/transparency/compliance\\_amo](https://www.jnj.co.jp/about-jnj/transparency/compliance_amo))」に基づき、弊社ホームページにて本助成の情報開示に同意します（開示項目：施設名、診療科名、年間助成件数、総額）。

**上記内容に同意します。**

個人情報取扱い規約について [必須]

この研究助成に関連して提供を受けた個人情報を取り扱う場合、法令および適用ある監督官庁のガイドライン等を遵守して適切に取り扱います。

**上記内容に同意します。**

研究代表者情報

氏名（漢字） [必須]

姓 日本 名 太郎

氏名（カナ） [必須]

セイ ニッポン メイ タロウ

申請代表者メールアドレス [必須]

**amo@amo.co.jp**

所属施設 [必須]

正式名称をご入力ください。

**国立大学法人〇〇大学医学部**

所属施設（カナ） [必須]

**コクリツダイガクホウジンダイガクイガクブ**

所属部署・教室・部課・科名 [必須]	<b>眼科学教室</b>
所属部署・教室・部課・科名 (カナ) [必須]	<b>ガンカガクキョウシツ</b>
役職 [必須]	<b>准教授</b>
研究活動情報	研究活動についてご入力ください。
過去助成履歴 (有無) [必須]	前年度、当社からの助成履歴のある方は「あり」を、履歴のない方 (初めて申請される方を含む) は「なし」を選択してください。  <b>なし</b>
研究テーマ [必須]	研究内容のテーマ (題名) をご入力ください。  <b>&lt;研究内容のテーマ (題名) をご入力ください&gt;</b>
研究領域 [必須]	研究内容の領域をリストより選択してください。  <b>白内障</b>
研究実施期間 (計画) [必須]	本研究 (研究全体) の実施予定期間をご入力ください。  <b>2021年7月1日～2022年6月30日</b>
研究目的 [必須]	研究の目的をご入力ください。(500文字程度、1000文字以内)  <b>&lt;研究の目的を500文字程度、1000文字以内でご入力ください&gt;</b>
研究概要 (方法を含む) [必須]	研究概要をご入力ください。(1000文字以内)  <b>&lt;研究概要を1000文字以内でご入力ください&gt;</b>
添付ファイル	
本研究から期待される研究 成果 [必須]	本研究の実施により得られる成果についてご入力ください。(500～1000文字以内)  <b>&lt;本研究の実施により得られる成果について500～1000文字 以内でご入力ください&gt;</b>
本研究の独創性・新規性 [必須]	本研究の「既報の情報と比較した独創性・新規性」についてご入力ください。(500～1000文字以内)

＜本研究の「既報の情報と比較した独創性・新規性」について  
500～1000文字以内でご入力ください＞

本研究の社会貢献性・発展性 [必須]

本研究成果が「社会・疾患領域・患者に与える影響」についてご入力ください。（500～1000文字以内）

＜本研究成果が「社会・疾患領域・患者に与える影響」について  
500～1000文字以内でご入力ください＞

現在までの成果・実績 [必須]

当該研究テーマに関連する研究代表者および所属部署の過去3年以内の実績（論文・学会発表等）があれば、箇条書きで列挙してください。ない場合は、「なし」とご入力ください。（1000文字以内）

＜当該研究テーマに関連する研究代表者および所属部署の過去3年以内の実績（論文・学会発表等）があれば、箇条書きで列挙してください。ない場合は、「なし」とご入力ください＞

助成対象期間の研究予算 [必須]

助成対象期間の予算額をご入力ください。（単位：円）

**5,000,000**

助成対象期間の研究予算内訳 [必須]

助成対象の1年間の研究期間中に必要とされる予算額の内訳をご入力ください。（単位：円）  
※予算希望額と予算の内訳は同額になるようにご入力ください。また、費用の助成可否については必ず事前に募集要項の4. を御覧ください。  
計算が合わない、または、助成できない費用が含まれる場合には、研究そのものへの助成ができないと判断されることがあります。

**IRB等 審査費：100,000円**  
**モニタリング費：1,000,000円**  
**データマネジメント費：1,200,000円**  
**検査費：1,500,000円**  
**統計解析費：1,000,000円**  
**学会参加費：200,000円**  
**合計：5,000,000円**

希望金額 [必須]

助成希望金額をご入力ください。（上限100万円）

**1,000,000**

助成対象期間の研究予算内訳 [必須]

助成希望金額における研究予算の内訳をご入力ください。（単位：円）

**IRB等 審査費：100,000円**  
**モニタリング費：100,000円**  
**データマネジメント費：200,000円**  
**検査費：400,000円**  
**統計解析費：200,000円**  
**学会参加費：0円**  
**合計：1,000,000円**

契約書作成および/または寄附申込書送付に関する連絡先 [必須]

契約書作成時の担当者の連絡先、寄附申込書（振込依頼書等）の連絡先・送付先を選択してください。

**申請入力者と同じ**

契約書作成および/または寄附申込書送付に関する連絡先

契約書作成および/または寄附申込書送付に関する連絡先で「その他」を選択された場合は、以下の項目を入力欄にコピー＆ペーストし、送付先をご入力ください。また、連絡事項等がございましたらこの欄にご入力ください。

所属部署責任者の情報

所属部署の責任者の氏名・役職をご入力ください。申請者（研究代表者）が所属部署の責任者である場合は、省略できます。

**日本次郎  
教授**

所属部署責任者の承認 [必須]

本申請は、所属部署責任者の承認を取得のうえで行うことが必須となります。所属部署責任者の承認取得済である場合は、以下の「承認取得済み」にチェックをお願いします（申請者（研究代表者）が所属部署の責任者である場合でも、必ず以下の「承認取得済み」にチェックをお願いします）。以下にチェックのうえ本申請をいただいたことを以て、①研究代表者の方が所属部署責任者の承認を取得済であることをご誓約いただいたものとみなすとともに、②本申請後に、万一所属部署責任者承認の未取得が発覚した場合には、契約研究助成金支給の前後を問わず、重大な誓約違反ありとして、エイムオー社による助成の取消および助成金の返還請求等の措置に応じることにしてもご同意いただいたものとみなさせていただきます。

**承諾取得済**

備考

その他に連絡事項等がございましたらこの欄にご入力ください。

**<その他に連絡事項等がございましたらこの欄にご入力ください>**

< 戻る

送信 >