

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター
臨床研究支援事業(CSP)
研究費利用の概要

ここでは、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター(PHRF:以下財団)が実施する以下 1.~5.の臨床研究支援事業における研究費の申請方法及び利用にあたっての概要を示します。なお、各事業で行われる臨床研究は研究者主導研究(医師の自主研究)の範疇であるため、財団は研究の依頼者にならないことと、医療機関等と委託研究等の契約を結ばないことをご承知下さい。

1. がん臨床研究支援事業(CSPOR)
Comprehensive Support Project for Oncology Research
2. 骨粗鬆症至適療法研究支援事業(ATOP)
Adequate Treatment of Osteoporosis
3. 生活習慣病臨床研究支援事業(LD)
Comprehensive Support Project for Clinical Research of Lifestyle-Related Disease
4. ヘルスアウトカムリサーチ支援事業(HOR)
Comprehensive Support Project for Health Outcomes Research
5. 連携臨床研究支援事業(CCR)
Comprehensive Support Project for Cooperative Clinical Research

<研究費支援の目的>

当財団は、品質の高い研究者主導臨床研究の振興および、次代の治療・予防法開発となる先端医療のエビデンス構築を目的とし、研究費の支援(助成)をいたします。

<研究費の振込時期>

研究費は症例登録および調査内容に応じて、データ収集後に指定口座に振り込みます。

各事業および各研究によって、振込の時期が異なりますので、「研究費支援の案内書」(別紙)をご確認ください。

<研究費の支援額>

研究費は、各事業および各研究によって支援の基準を定めており金額が異なります。「研究費支援の案内書」(別紙:各研究開始時に配布)をご確認下さい。

<研究費の受入方法>

研究責任医師は所属する施設の規定に則った上、研究費の受入れ方法をお選びください。選択後、『研究費振込先の口座情報確認書』(様式14ページ)を郵送、FAXもしくはE-mailにてお送りください。

(1)奨学寄付金による受入れ

国立および私立大学の医学部附属病院等の施設に所属し、研究者が希望する場合、奨学寄付

金として研究費を施設に納入いたします。(研究費の利用は、所属施設の規定のとおり)

《研究費の経理処理》

所属施設の事務当局に経理を委任しますので、施設の規定に則り処理をお願いします。

(2)施設運営の会計口座による受入れ

施設(病院、医院等)として研究費の受入が可能な場合は、施設運営にご利用の口座へ研究費を助成いたします。研究費は施設へ助成(寄附)金としてお振込いたします。(研究費の利用は、所属施設の規定のとおり)

※尚、研究費の受入先銀行口座は、施設長もしくは理事長の名義で開設された口座をご指定ください。(企業出納員名での口座は可)

研究者の個人名義の口座はご指定できません。(研究責任医師が施設長の場合を除く)
医局の口座もご指定できません。

《研究費の経理処理》

所属施設の事務当局に経理を委任しますので、施設の規定に則り処理をお願いします。
研究費受領後に当財団へ提出する書類は特にございません。

＜その他の留意事項＞

研究費の執行にあたっては、可能な限り所属施設の事務当局の助言を受けるなど、遺漏のないよう留意してください。

＜お問合せ先＞

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター(PHRF)

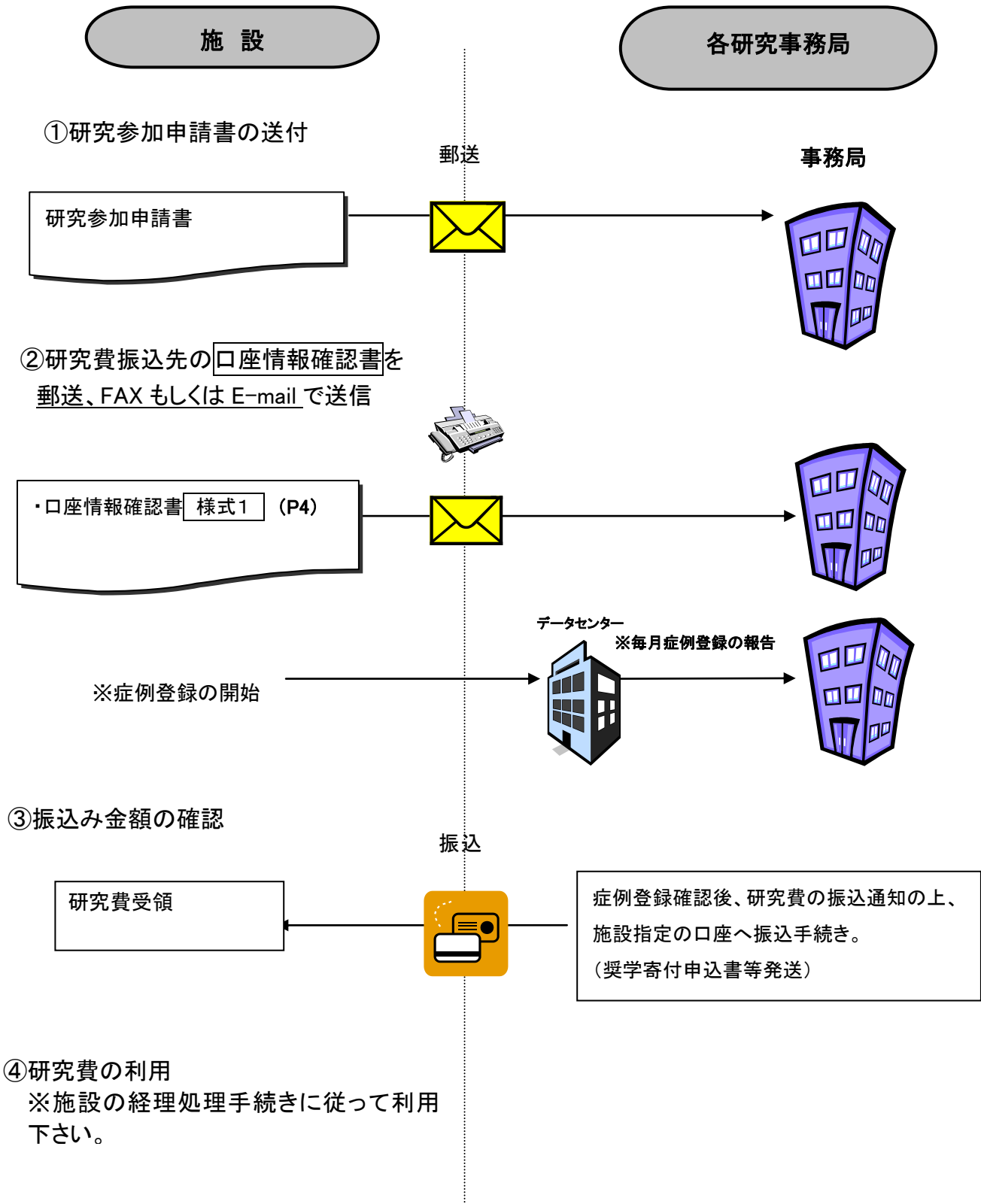
臨床研究支援事業事務局(CSP)

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田1-1-7

TEL 03-5287-2633 FAX 03-5287-2634

E-mail kaikai@csp.or.jp

<研究費受入れのフロー図>



公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター 殿
 〒169-0051 東京都新宿区西早稲田 1-1-7

FAX : 03-5287-2634 E-mail : kaikei@csp.or.jp

(FAX 送信の際は、番号をよくご確認の上お送りください。)

見本

研究費振込先の口座情報確認書

当施設は、下記研究について研究費の受入れを以下のとおり申請します。

研究費は所属施設の規定に則り適切に使用いたします。

研究名 :		〇〇〇研究											
施設名		△△△病院											
責任医師名		(所属) ●●科					(氏名) 臨床 健二						
研究費の受入方法		奨学寄付金 ・ 施設運営の会計口座 いずれかに〇印をつけてください。											
会計書類の問合せ先		(住所) 113-●●××											
		担当部署 : 経理課					TEL : 03-1234-1111 FAX : 03-1234-2222 E-mail : kaikei@???. ?? . jp						
口座記入不要の場合		振込依頼書(納付書)等を発行される場合は、記入不要です。それ以外の場合は、ご記入ください。											
銀行名	カタカナ												
	漢字	□ □ 銀行											
支店名	カタカナ												
	漢字	さくら 支店											
預金種目		普通預金 ・ 当座預金 ・ その他 (いずれかに〇)											
口座番号		1	2	3	4	5	6	7					
口座名義	カタカナ	△	△	ビ	ヨ	ウ	イ	ン	イ	ン	チ	ヨ	ウ
	漢字	×	×		タ	ロ	ウ						
漢字		△△病院 院長 ×× 太郎											

- ※ 【奨学寄付金】を選択の場合は、施設指定の寄附申込書ならびに手続き方法についてお知らせ下さい。
- ※ 【施設運営の会計口座】を選択の場合の振込先は、施設長もしくは理事長の名義で開設された銀行口座をご指定ください。
(企業出納員名での口座は可)

本書類に記載いただきました個人情報および口座情報は、研究費の振込み、振込の通知もしくは振込不能時等の問合せを目的とした利用に限ります。