

(様式 1)

受付番号

長崎大学原爆後障害医療研究所 共同利用・共同研究申請書

平成 25 年 月 日

長崎大学原爆後障害医療研究所長 殿

申請者氏名 _____

所属機関 _____

所属部局 _____

所属機関住所 〒 _____

TEL: _____ () _____ /FAX: _____ () _____

E-mail: _____

下記のとおり申請します。

1. 申請課題名		新規・継続 (いずれかに○)	
2. 研究課題種目 (該当する番号に○)	(A)重点課題研究 (1) 社会医学研究 (含放射線健康リスク評価研究、旧ソ連邦フィールド調査、福島県川内村復興支援研究) (2) 放射線生命科学研究 (含ゲノム修復、ゲノム情報学) (3) 原爆・ヒバクシャ医療研究 (B)自由研究課題		
3. 実施期間	平成 25 年 10 月 1 日 ~ 平成 26 年 3 月 31 日		
4. 研究組織	氏 名	所属機関・部局 (略称)	職名
代表研究者			
分担研究者			
所内受入研究者			
5. 申請課題の目的 (300 字程度)			
6. 申請課題の実施計画および具体的な内容 (600 字程度)			

7. 予想される成果（300字程度）			
8. 利用希望設備等（利用を希望する設備の番号に○）			
(1) ゲルマニウム半導体検出器			
(2) X線発生装置			
(3) 細胞形態・機能解析装置（機器名）			
(4) 遺伝子解析装置（機器名）			
(5) ホールボディーカウンター			
(6) 原爆被爆者関連試料			
(7) チェルノブイリ（ベラルーシ）甲状腺試料			
(8) チェルノブイリ（ウクライナ）ホールボディーカウンター			
(9) その他チェルノブイリ関連資料（サンプル）・データ			
(10) ベラルーシ拠点			
(11) 川内村拠点			
(12) その他（）			
放射線業務予定者（氏名）： _____			
組換え実験予定者（氏名）： _____			
動物実験予定者（氏名）： _____			
倫理審査を必要とする研究： 該当する ・ 該当しない（いずれかに○）			
9. 研究業績（代表者らの最近3年間における主要論文：論文名、著者名、掲載誌名、巻、頁、発表年（西暦）について記入願います）			
10. 所要経費	旅費	（千円）	（内訳）
	消耗品費	（千円）	（内訳）
	合計	（千円）	（内訳）

採択番号	
------	--