|  |
| --- |
| **GE Healthcare Pharma Educational Grant Application Form (Japan)****TO BE COMPLETED IN BOTH ENGLISH AND JAPANESE AS INDICATED** |

For details of filling this application, please refer to “記入方法”

|  |
| --- |
| **Educational Grant Number (internal use only):** |
| **Applicant information (Professor, Department Chair, etc)** |
| Name:氏名 | （英）（日） |
| Kind of organization:法人名（国立大学法人、学校法人など） | （日） |
| Institution:施設名 | （英）（日） |
| Department:講座・教室名 | （英）（日） |
| Applicant’s tittle:役職 | （英）（日） |
| Address:所属施設の住所 | （英）（日） |
| E-mail: |  |
| **Applicant information (the person who enters the data)** |
| Name:氏名 | （英）（日） |
| Applicant’s tittle:役職 | （英）（日） |
| E-mail: |  |
| Tel: |  |
| **Activity information** |
| Event name:研究・教育活動テーマ | （英）（日） |
| Did you get an Educational Grant support from GE Healthcare Pharma in FY2021? | Yes　　　　　　　　　　No |
| Is this application new or continuous one applied to GE Healthcare Pharma Educational Grant support in　FY2021? | New　　　　　　　　　Continued |
| Event dates & location:研究・教育活動を実施する期間および場所 | （英）（日） |
| Event field:研究・教育活動の領域 | （英） |
| Background & introduction: | （英） |
| Expected effects from event: | （英） |
| List of attachments: | （日）　 |
| **Education grant** |
| Expected amount of education grant: | （日）\ |
| Type and Extent of Support requested (please specify in detail the funding required with detailed breakdown, products, equipment or any other benefits in kind sought) Please be as specific as possible and justify the scientific or educational need:you may attach the whole budget. | （英） |
| Date of application: | （英）2022/ /  |

|  |
| --- |
| Signature of Applicant: |

Please return to: gehpl.edgrants@ge.com

|  |
| --- |
| **GE Healthcare Pharma Educational Grant Agreement Form****TO BE COMPLETED IN JAPANESE** |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | （日） |
| 研究・教育活動テーマ | （日） |

下記の内容をご確認いただき、「同意します」の□にチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムに申請する研究・教育活動は、上記内容に間違いありません。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムより提供される支援を、教室等の研究・教育活動以外の目的に使用しません。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムより提供される支援を、GEヘルスケアファーマ製品に関する臨床研究に使用しません。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムの審査結果について異議を申し立てません。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムより提供される支援について、使用した研究・教育活動に関する報告書（GEヘルスケアファーマ様式）を提出します。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマの「企業活動と医療機関等の関係の透明性に関する指針」に基づき、施設名および教室名、支援の件数と金額が公開されることに同意します。 | 同意します□ |
| GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムより提供される支援の受領が、GEヘルスケアファーマ製品の処方、購入等に影響を与えることはありません。 | 同意します□ |

申請した研究・教育活動が採択された場合に、上記内容に同意し、

GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムからの支援を受領します。

|  |
| --- |
| Signature of Applicant: |

Please return to: gehpl.edgrants@ge.com

|  |
| --- |
| **Submission Destination of Educational Grant-related Documents from GE Healthcare Pharma****TO BE COMPLETED IN JAPANESE** |

本申請に該当する最新版の書式であることをご確認の上、貴施設所定の寄附申込書をご提出ください。

* 本助成金は「Ｂ学術研究助成費」の中の「奨学寄附金」として扱われます。GEヘルスケアファーマ所定の様式での申し込みは行っておりません。貴施設所定の寄附申込書をご用意ください。
* 貴施設所定の寄附申込書のご提出は、GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムからの支援を確約するものではございません。審査後、GEヘルスケアファーマからの支援申し込みに使用いたします。
* 貴施設内での手続きに必要な書類や、旧書式とお間違えのないようにご注意ください。

貴施設所定の寄附申込書（寄附受入書・寄附依頼書などGEヘルスケアファーマから貴施設に提出する書類）の提出先および提出方法をお知らせください。該当する□にチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出先 | ☐　申請者（教室等を代表する最上位役職者の方）☐　申請書送付者（申請書を送付された方）☐　貴施設の寄附担当事務部門☐　その他提出先に「貴施設の寄附担当事務部門」または「その他」を選択された場合は、以下の項目をご記入ください。郵便番号：住所：施設名： 部署名： 宛名： メールアドレス： |
| 提出方法 | ☐　メール添付☐　郵送☐　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡事項 | 連絡事項等がありましたらご記入ください。 |

Please return to: gehpl.edgrants@ge.com