

2022年度GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムに関するQ&A

奨学寄附について

Q: GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムの目的を教えてください。

A: 医学・薬学の発展への貢献を目的としております。

支援対象について

Q: 研究・教育期間が複数年におよびますが、複数年分の寄附を申請できますか。

A: 単年度ごとの申請しか受付けておりません。年度ごとに申請をお願いいたします。

Q: 他社の応募と併願できますか。

A: 申請いただけます。

Q: 寄附講座は支援対象とならないのですか。

A: 寄附講座の新規設置と更新に関わる場合は支援しておりません。

Q: 教室等の研究・教育活動の内容に、GEヘルスケアファーマの製品に関わるものが含まれていても問題はないですか。

A: GEヘルスケアファーマ製品に関する研究・教育活動に対しては申請できません。

申請期間について

Q: 申請期間はいつですか。

A: 2022年度の申請期間は、2022年5月30日(月)13:00 ～ 2022年7月15日(金)17:00です。

Q: 申請期間を過ぎた申請でも受付けてもらえますか。

A: 受付けておりません。期間内に申請をお願いします。

Q: 早く申請しないと支援を受けられないことがあるのですか。

A: 先着順ではありません。期間内の申請をお願いします。

申請について

Q: 申請書を郵送しても受付けてもらえますか。

A: 受付けておりません。メールによる申請のみ受付けております。

Q: GEヘルスケアファーマのMRに代行申請してもらえますか。

A: 当社MRを含む貴施設担当者等が申請業務のお手伝いをさせていただくことはできません。

Q: 同じ教室等から複数件申請できますか。

A: 原則、教室等からの申請を受付単位とします。（教室単位で1回）

Q: 最上位役職者以外が「申請書」を記載してもよいですか。

A: 「申請書」の内容を記載される方は教室等内のどなたでも結構です。ただし、最上位役職者の自筆サインが必要となります。

Q: 申請期間中に教授選が実施されており、教授が不在です、どうすればよいですか。

A: 申請時点での教室等の最上位役職者を申請者としてください。

Q: 提出書類のファイル形式を教えてください。

A: 「申請書」はワードファイルでご用意していますが、提出はPDF形式でお願いします。その他の提出書類についてもPDF形式でお願いします。

Q: 申請が受付されたかどうかは、いつ、どのようにわかりますか。

A: 申請後、5日（土日祝日、当社休暇を除く）を目安に事務局より受付のメールを差し上げます。目安期間を過ぎても受付の連絡がない場合は、事務局へメールにてご連絡ください。

Q: 申請が受理された後に申請内容を修正したい場合はどうすればよいですか。

A: メールにて事務局に申請内容を修正したい旨をご連絡ください。申請内容を修正可能な状態にした後、メールにてご連絡いたします。

Q: 要望どおりの金額を支援してもらえますか。

A: ご要望にお応えできない場合がございます。ご了承ください。

審査について

Q: 審査は誰が行いますか。

A: 関連法規、業界ルール、社内規程等に沿って営業部門以外の社内組織が行います。

Q: 支援金額はどのように決定されますか。

A: 営業部門以外の社内組織で支援の可否および支援金額を決定いたします。

Q: 支援金額の決定基準を教えてください。

A: 基準については開示いたしません。

Q: 結果はどのように通知されますか。

A: 支援の可否および支援金額は、事務局からのメール（書面添付）にてご連絡差し上げます。

Q: 支援の可否および支援金額について異議申し立てはできますか。

A: お受けすることはできません。

支援金について

Q: 支援金はいつ頃振込まれますか。

A: 貴施設から振込依頼書等を受領後、振込手続きを開始します。

Q: 振込完了の連絡はありますか。

A: 事務局から振込完了の連絡はいたしません。ご確認の必要がありましたら、事務局もしくは貴施設事務部門にお問い合わせください。

報告書について

Q: 本支援を使用した研究・教育活動に関する報告書は必要ですか。

A: 必ず報告をお願いいたします。改めて事務局から報告依頼の連絡をいたします。報告書の提出をいただけない場合は、来年度以降の申請を受け付けることができませんのでご注意ください。

Q: 報告書は、どの程度記載すればよいですか。

A: 申請いただいた研究・教育活動にGEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムで支援した金額を適正に使用したことを、GEヘルスケアファーマ製品に関する臨床研究には本支援を使用していないことをGEヘルスケアファーマ報告書にて提出していただきます。研究成果の文書やデータ、使用金額の詳細報告、領収書等の添付は必要ありません。

その他

Q: 教室等内で支援金を分割したいのですが、寄附申込書を複数枚発行できますか。

A: 教室等の研究・教育活動全般に対する支援ですので、寄附申込書の発行は1通とさせていただきます。

Q: 当教室等は他社から資金提供を受けている研究がありますが、申請できますか。

A: 申請可能です。

Q: 申請内容および申請者に関する情報の秘密は保護されますか。

A: 保護します。詳細は「申請要項」に記載しております。

Q: 電話での問い合わせはできますか。

A: 記録を残すためにメール（gehpl.edgrants@ge.com）からのみ、お受けしております。

GE Healthcare Pharma Educational Grant Application Form (Japan)

TO BE COMPLETED IN BOTH ENGLISH AND JAPANESE AS INDICATED

申請フォームに指定されている言語でご記入ください。 (英) → 英語 (日) → 日本語

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	● 教室等を代表する最上位役職者の方の情報を記入ください。 ● 施設名、講座・教室名、診療科名等を省略することなく、正確にご記入ください。 ● 「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」に基づき、こちらにご記入いただいた情報を GE ヘルスケアファーマのホームページに公開いたしますのでご注意ください。 例) 国立大学法人 ○○大学○○科○○講座 (教室)
Kind of organization: 法人名 (国立大学法人、学校法人など)	
Institution: 施設名	
Department: 講座・教室名	
Applicant's title: 役職	
Address: 所属施設の住所	
E-mail:	
Applicant information (the person who enters the data)	
Name: 氏名	● 申請担当者の方の情報を記入ください。 ● 記載いただいたメールアドレス、電話番号にお問い合わせをさせていただく場合がございますので、ご了承ください。
Applicant's title: 役職	
E-mail:	
Tel:	
Activity information	
Event name: 研究・教育活動テーマ	研究・教育活動のテーマをご記入ください。 あいまいで広範囲を指すような表現は可能な限り避けてください。
Did you get an Educational Grant support from GE Healthcare Pharma in FY2021?	Yes No 2021 年度に GE ヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムの支援を受けられた場合は「Yes」、支援を受けていない場合は「No」を選択ください。
Is this application new or continuous one applied to GE Healthcare Pharma Educational Grant support in FY2021?	New Continued 本年度申請いただく研究・教育活動のテーマが、2021 年度 GE ヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムに申請いただいたものとは異なる新規テーマの場合は「New」、2021 年度と同テーマを継続する場合は「Continued」を選択ください。
Event dates & location: 研究・教育活動を実施する期間および場所	当該活動を実施する期間と場所をご記入ください。本支援は、単年度ごとに申請いただくため、最長期間は 2023 年 3 月 31 日となります。

Event field: 研究・教育活動の領域	当該活動のテーマに最も関連するキーワードを2つ以上、ご記入ください。
Background & introduction:	当該活動の背景および既報告の概要をご記入ください。また、現在、臨床上でどのような問題があるのか、なぜ当該活動を行う必要があるのか、どのような新規性があるのか等をご記入ください。 機密情報は記載されないようにお願いします。字数制限はございません。
Expected effects from event:	当該活動を実施することにより、どのような結果が期待され、また、それがどのように日本の医学・薬学の発展に寄与し、社会貢献につながると考えられるのかをご記入ください。字数制限はございません。
List of attachments:	当該活動に関する補足資料等（PDF形式）の提出を希望される場合は、添付書類名をご記入いただき、本申請書とともに提出してください。なお、論文や学会発表資料等は、著作権の問題や独自情報が含まれることがあるためお受けできません。発表リスト（PDF形式）を添付するようにしてください。 提出は任意のため、添付書類がない場合は「なし」とご記入ください。
Education grant	
Expected amount of education grant:	当該活動を実施するにあたり、GEヘルスケアファーマ奨学寄附プログラムに希望する支援額（円）をご記入ください。本支援は、単年度ごとに申請いただくため、2022年度中に使用予定の金額（円）をご記入ください。
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.	「希望される支援額」の算定根拠となる費用項目と金額をご記入ください。 記入例) Article processing charge ¥○○○ Communication expense ¥○○○ Personnel expenses for analysis ¥○○○ Travel expenses for medical conferences ¥○○○ など ○ <u>支援対象</u> 本申請書にご記入いただいた研究・教育活動に関わる費用 例) 成果発表関連費用（学会参加費、旅費、投稿費など）、会議費、機器・備品費、通信費、人件費（補助員などに別途掛かる経費）など × <u>支援対象外</u> 医療機関等が行う通常の医療業務に対する費用や自ら支出すべき費用の肩代わりと捉えられる可能性がある費用 例) 学会年会費、本研究・教育活動との関連が明確でない会議費、PCやソフトウェアなど本研究・教育活動以外にも汎用性があると見なされる機器、通常備えるべき備品、機器の修理・整備費、職員の通常人件費など 支援対象外の費用が含まれる場合、「希望される支援額」からその費用が差し引かれたうえで審査が行われます。
Date of application:	(英) 2022/ / 申請日をご記入ください。

Signature of Applicant:

申請書内容をご確認のうえ、最上位役職者の方の自筆サインをご記入ください。

Please return to: gehpl.edgrants@ge.com

GE Healthcare Pharma Educational Grant Agreement Form

TO BE COMPLETED IN JAPANESE

日本語でご記入ください。

申請者	教室等を代表する最上位役職者の方の情報を記入してください。
研究・教育活動テーマ	Application Form に記入した研究・教育活動テーマを記入してください。

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:

申請書内容をご確認のうえ、最上位役職者の方の自筆サインをご記入ください。

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ありません。審査後、GE ヘルスケアファーマからの支援申し込みを使用いたします。
- 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。

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