**2024 年度RFLマイ・オンコロジー・ドリーム奨励賞**

【概　要】

1. 目　的： 米国テキサス大学MDアンダーソンがんセンター、シカゴ大学医学部、ハワイ大学がん

センターでの研修を通じて、患者に寄り添い、「患者の希望」を正面から受け止め、患

者中心の医療を、強いリーダーシップの下に実現できる若手医師の養成を図る。

（２） 主　催： 公益財団法人　日本対がん協会

（３） 監　修： 米国テキサス大学MDアンダーソンがんセンター

シカゴ大学医学部、ハワイ大学がんセンター

（４） 協　力： 一般社団法人オンコロジー教育推進プロジェクト

（５） 研修プログラムの概要

◇人 数:　3人

（MDアンダーソンがんセンター、シカゴ大学医学部、ハワイ大学がんセンター）

◇期 間: 1年間

◇奨励金: 250万円〔渡航費含む〕

◇条件:

① 医師免許取得後7年以上で、がん医療に2年間以上携わっていること

② がん臨床研究について一定の経験があること（プロトコルを作成し、プロスペクティ

ブな臨床試験の経験があること。もしくは、レトロスペクティブであってもプロトコ

ルに従ってカルテスタディの経験があること。また、専門臓器のレビューの執筆が望

ましい。）

③ 米国人の医療者と英語で不都合なく会話ができること

④ 研修修了後は必ず研修前に所属していた医療機関などに戻って地域のがん医療の充実

に貢献すること

⑤ 帰国後に、所属施設のある地域で日本対がん協会の患者支援イベント、講演等の協力

を惜しまない。特に「リレー・フォー・ライフ」が開催された場合は積極的に参加す

る。

⑥ 帰国後に、修了者の集いによる活動に参加すること。またオンコロジー教育推進プロ

ジェクトの事業に協力すること

⑦ ①～⑥ついて、所属施設長の保証と推薦があること (英文。自由書式ですが、①～⑥

の項目について必ず言及すること)

⑧　米国滞在中の病気や怪我を補償する保険に加入していること

（６）申請方法：申請書と必要書類を下記住所に送付してください

〒104-0045　東京都中央区築地5-3-3築地浜離宮ビル７階

　　　　　　　　　公益財団法人日本対がん協会　マイ・オンコロジー・ドリーム奨励賞 係

（７）申請期間：2024年7月8日～9月30日（当日消印有効）

（８）選考の流れ：日本対がん協会助成審査委員会における１次審査（10～11月）の後、MDアンダーソ

ンがんセンター、シカゴ大学医学部、ハワイ大学がんセンターがそれぞれ２次選考

（11～12月）を行う。

２次選考の際に電話インタビューが加わる場合がある。選考の最終発表は、2023年

１月以降を予定する。

◇注意点：１）奨励賞の授与は留学を保証するものではない。

　　　　　２）研修先の要請により、その他支援団体（勤務先を含む）からの一定額の助成金を必要とする場合がある。詳細はお問い合わせください。

　　　　　３）MDアンダーソンがんセンターへの応募は、ポスドクの立場が望ましい。

　　　　　４）当協会のプライバシーポリシーを読んだ上での同意を必須とする。

<http://www.jcancer.jp/privacy>

**RFLマイ・オンコロジー・ドリーム奨励賞**

【申請書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望研修先** | | |
| どの研修先でも良い場合にはすべてにチェックを付けて下さい。  （選択するものについては□を☑に置き換えてください） | | |
| □　テキサス大学  MD Andersonがんセンター | □　シカゴ大学医学部 | □　ハワイ大学がんセンター |

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者情報** | |
| 氏　名 |  |
| （フリガナ） |  |
| （ローマ字） |  |
| 生年月日（西暦） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **連 絡 先** | |
| （電 話） |  |
| （e-mail） |  |
| 住 所 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| **所属施設** | |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 連 絡 先 | （電 話） |
| 所属部局 |  |
| 職 名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **最終学歴** | |
| 卒業校名 |  |
| 卒業年次 |  |
| 学 位 |  |
| 専攻科目 |  |

|  |
| --- |
| **医師免許取得年次（西暦）** |
|  |

|  |
| --- |
| **職 歴** |
|  |

|  |
| --- |
| **研 究 歴** |
|  |

|  |
| --- |
| **主な研究テーマ** |
|  |

|  |
| --- |
| **共同研究者**  （指導を受けた医師・研究者を含む） |
|  |

|  |
| --- |
| **研究実績** |
|  |

|  |
| --- |
| **受賞歴等** |
|  |

|  |
| --- |
| **主な発表業績** |
| 【重要・必須】過去３年、最近のものから記載。共著者がいる場合は自身の名前の前に○をつけて下さい。  論文は、今回の研究に関する代表的な査読のあるものを中心に少なくとも１本、５本を上限に添付して下さい。 |
|  |

|  |
| --- |
| **個人情報の取り扱いについて** |
| 必ずリンク先をご確認頂き、チェックをお願いします。（□を☑に置き換えて下さい） |
| □　日本対がん協会における個人情報の取り扱いに関するプライバシーポリシー(<http://www.jcancer.jp/privacy>)を確認し、これに同意します。 |

|  |
| --- |
| **パーソナルステイトメント** |
| 研修地においてご自身が取り組みたいと考えている研究テーマとその内容を日本語と英語それぞれA4 １枚にまとめて添付してください。 |
|  |

**RFL My Oncology Dream Award**

[Application form]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Training Place** | | |
| □　University of Texas  MD Anderson Cancer Center | □　University of Chicago | □　University of Hawai’i  Cancer Center |

|  |  |
| --- | --- |
| **Applicant Information** | |
| First Name |  |
| Last Name |  |
| Middle Name |  |
| Date of Birth |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contact Information** | |
| Telephone |  |
| Email Address |  |
| Address |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medical Institution Currently Employed At** | |
| Name |  |
| Location |  |
| Contact Info | Telephone : |
| Head of the Instisution |  |
| Department/section |  |
| Position/Title name |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Academic Background** | |
| Last school of graduation |  |
| Year of graduation |  |
| Degree |  |
| Major |  |

|  |
| --- |
| **Year of Obtaining Medical License** |
|  |

|  |
| --- |
| **Occupation History** |
|  |

|  |
| --- |
| **Research History** |
|  |

|  |
| --- |
| **Main Research Themes** |
|  |

|  |
| --- |
| **Collaborative Researchers**  (Including doctors and researchers who gave guidance) |
|  |

|  |
| --- |
| **Research Achievements** |
|  |

|  |
| --- |
| **Awards Won** |
|  |

|  |
| --- |
| **List of Main Published Reports** |
| Past 3 years in chronological order, if there are co-authors, indicate your name by circling, and attach reprints, within 5 for peer-reviewed articles |
|  |

|  |
| --- |
| **Privacy Policy** |
| □　I acknowledge that I have read and agree to the Japan Cancer Society’s Privacy Policy. (<http://www.jcancer.jp/privacy>) |

|  |
| --- |
| **Personal Statement (English)** |
|  |