**가톨릭세포치료사업단**

**( )년도 연구클러스터 신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **접수번호** | ※ 적지마세요 | | **계속 여부** | 󰏚 신규 | | | 󰏚 계속 |
| **연구클러스터**  **명칭** | **(국문)** | | | | | | |
| **(영문)** | | | | | | |
| **신청**  **연구클러스터 분야** | 󰏚 혈액/암 󰏚 근골격계 󰏚 조직공학  󰏚 신경계 󰏚 내분비/위장관계 󰏚 심혈관계  󰏚 안과/피부과 󰏚 기타 ( ) | | | | | | |
| **연구클러스터** **장** | **성명** |  | | | **소속** |  | |
| **연락처** | (유선) | | | (휴대폰) |  | |
| **이메일** |  | | | | | |
| **과제 및 운영비**  **관리 실무자** | **성명** |  | | | **소속** |  | | **연락처** | | 사무실) |
| **연락처** | (유선) | | | (휴대폰) |  | |
| **이메일** |  | | | | | |  |
| **신청운영비** | 원 | | | | | | |
| 가톨릭세포치료사업단에서 정한 제반사항을 준수하며 연구클러스터 지원사업에 참여하고자 신청합니다.  제출일: 201 년 월 일  연구클러스터 장: (인)  **가톨릭중앙의료원 가톨릭세포치료사업단장 귀하** | | | | | | | |

**1. 연구클러스터의 목적**

|  |
| --- |
|  |

**2. 연구의 필요성**

|  |
| --- |
|  |

**3. 연구클러스터 운영계획**

※ 분기별로 실현가능 한 세부추진계획을 포함하여 구체적으로 기술하여주십시오.

**(세부추진계획 예시)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **계획** | **세부실행방안** | **1분기** | **2분기** | **3분기** | **4분기** |
| 연구클러스터 세미나 개최 | 세미나 프로그램구성 | ⭘ |  |  |  |
| 세미나 진행 |  | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4. 기대효과**

|  |
| --- |
|  |

**5. 연구클러스터 구성원**

**1) 연구클러스터 장**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **소 속** | 소속기관 | 대학(병원) | 소속부서 | 교실(학과) |
| 직 위 |  | 담당보직 |  |
| **성 명** | (한글) | | | |
| (한자) | | | |
| (영문) | | | |
| **최종 학력** |  | | | |
| **주요 연구분야** | * 기초 □ 임상 | | | |
|  | | | |

**2) 연구클러스터 구성원**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **연번** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **성명** |  |  |  |  |
| **소속기관**  **및 부서** |  |  |  |  |
| **직위** |  |  |  |  |
| **역할** |  |  |  |  |
| **기초/임상** |  |  |  |  |
| **주요**  **연구분야** |  |  |  |  |
| **유선번호** |  |  |  |  |
| **핸드폰** |  |  |  |  |
| **이메일** |  |  |  |  |

**6. 연구클러스터 관련 연구 업적**

1. **본 연구클러스터와 관련 있는 수행했던 또는 수행 중인 연구과제 (최근 5년간)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **지원기관** | **지원사업명** | **지원액** | **연구과제명** | **연구기간** | **과제내 역할**  **(연구책임자**  **/연구원 등)** | **구분**  **(연구클러스터장**  **/구성원)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **타 연구과제(수행중, 수행예정, 신청중) 내용**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **구분** | **지원기관** | **지원사업명** | **지원액** | **연구과제명** | **연구기간** | **역 할**  **(연구책임자**  **/연구원 등)** | **구분**  **(연구클러스터장**  **/구성원)** |
| 수행예정 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **본 연구클러스터와 관련 있는 연구논문 실적 (최근 3년간)**

① 총괄표

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **연 구 논 문 발 표 실 적** | | | |
|  | **SCI등재학술지** | **기 타** | **합 계** |
| **연구클러스터 장** | 편 | 편 | 편 |
| **구성원** | 편 | 편 | 편 |

② 연구논문 발표실적

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **구분** | **일련번호** | **논문제목**  **학술지명 권(호): 페이지, 년** | **I.F.** | **본인의**  **역할** | **구분**  **(연구클러스터장**  **/구성원)** |
| S  C  I  등  재  학  술  지 | 1 | (예시) Altered expression......  Modern Pathology 19 (1): 100 ~ 109, 2010 | 3.643 | 제1저자 |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 기  타 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※ 국내외 전문학술지 게재 논문 실적은 국내외에서 정기적으로 발행되는 전문학술지 중 등재된 논문에

한하여 최근 발표된 순으로 작성하여 주십시오. (대학학술지 및 현재 제출 중, 게재승인, 인쇄중인 논문은 제외함)

※ 본인의 역할은 제1저자, 책임(교신)저자, 공동발표자로 구분하여 주십시오.

※ 증빙서류로 각 논문의 초록을 제출하여 주십시오.

**7. 활동예산 계획서**

1) 불인정항목: 인건비, 서적구입비, 비품/기자재/시설비, 재료비 및 전산처리/관리비, 수수료

2) 아래의 집행항목 외 집행이 필요한 경우 집행항목 및 적정한 사유를 제출하여, 가톨릭세포

치료사업단 운영위원회의 심의를 거쳐 운영비로 인정받을 수 있다.

(단위: 천원)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **계정과목** | **집행항목** | **산정∙집행기준** | **신청금액(원)** | **산출내역** |
| **기술정보 활동비** | **회의비** | * 연구클러스터 모임   (식대, 음료 등)   * 1인당 3만원 이내 |  |  |
| **자문료** | * 외부 자문료만 인정 |  |  |
| **강사료** | * 원내 최대 20만원 * 외부 최대 50만원 |  |  |
| **세미나**  **개최비** | * 연구클러스터와 직접   관련성이 있어야 함 |  |  |
| **수용비** | **인쇄,**  **복사 등** | * 연구클러스터와 직접   관련성이 있어야 함 |  |  |
| **사무용품 비** | * 연구클러스터와 직접   관련성이 있어야 함 (전체 연구비의5%이내) |  |  |
| **여 비** | **여비** | * 연구클러스터 소속   교원이 출장 갈 경우   * 여비산출기준:   가톨릭중앙의료원 기준 |  |  |