|  |  |
| --- | --- |
| 　受付番号 |  |
| 受 付 日 | 年　　月　　日 |

**課題申請書様式** （事務記入欄）

**令和元年度 異分野融合型研究シーズ課題申請書**

　提出年月日　令和元年　　月　　日

＊本研究課題では、医学、歯学、薬学系以外の研究代表者を対象とします。

＊東北大学病院臨床研究推進センターの薬事や知財等の専門家が開発計画立案を支援することで、その後の特許取得、他研究費事業への応募に繋げることを目的とします。

＊他の橋渡し研究戦略的推進プログラム拠点に、令和元年度の異分野融合型研究シーズとして既に申請している課題、若しくは申請する課題を申請することはできません。

|  |  |
| --- | --- |
| **研究課題の名称** |  |

**研究代表者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属大学 |  |
| 所属部局 | （医学、歯学、薬学系以外） |
| 所属分野 |  | 役職 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

**申請に係る連絡窓口担当者**

**（研究代表者と異なる場合に、ご記入ください。事務ご担当の方でも問題ありません）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属大学 |  |
| 所属部局 |  |
| 所属分野 |  | 役職 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

**１．技術の概要**

|  |
| --- |
| 医療応用・実用化の可能性を持つ技術の新規性 |
| 本研究課題で用いる技術の新規性についてご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本研究課題に関連する特許出願済又は出願予定（本研究課題開始前）の特許出願 | 該当する特許出願の情報（出願番号、出願日、本研究課題との関連等）をご記入ください。 |

**2．医療応用・実用化の具体的イメージ**

|  |
| --- |
| 前記技術によって解決しようとする医療上の課題 |
| 本研究で解決を目指す医療上の課題についてご記入ください。 |
| 有用性 | 安全性 | コスト |
| 本技術が実現した場合に見込まれる有用性についてご記入ください。できれば、従来技術との差異（メリット・デメリット）についてもご記入ください | 本技術が実現した場合に見込まれる安全性についてご記入ください。できれば、従来技術との差異（メリット・デメリット）についてもご記入ください | 本技術が実現した場合に見込まれる前記課題を解決するためのコストについてご記入ください。できれば、従来技術との差異（メリット・デメリット）についてもご記入ください例：製造が従来技術よりも簡単で安価になる。 |
| 実用化に向けての臨床医・企業連携の状況 |
| 連携する（連携が見込まれる）臨床医がいる場合はご記入下さい。 |
| 連携する（連携が見込まれる）企業があればご記入下さい。 |
| 対象疾患分野 | □眼　□耳鼻咽喉　□歯　□脳　□神経　□循環器　□呼吸器　□消化器□腎･泌尿器　□産科　□生殖器　□整形　□筋・骨格　□皮膚　□血液□内分泌・代謝　□免疫　□感染　□疼痛　□精神□悪性腫瘍　□糖尿病　□小児　□その他（　　　　　）　□未定 |
| 薬事申請上の分類（選択必須） | □医薬品　□医療機器　□体外診断薬用医薬品　□再生医療等製品 |
| 具体的な製品像 | 例：○○疾患の治療に用いられる△△化合物を含む医薬品。具体的な市場（イメージ）、市場規模（金額、対象の患者数）、主な参入企業などがあれば、併せてご記入ください。 |
| 現時点での到達点 | 現時点での到達点をご記載ください。 |
| 本研究課題で実施する内容 | 「3.必要経費」および「4.スケジュール」と整合するように具体的にご記入ください。 |

注： 記載内容に不明な点がある場合、別途ヒアリングを行わせて頂く場合がございます。

**3．必要経費（令和元年度）**

本研究に必要な経費を、費目毎に記述してください（内訳も記入してください。）

（2,500,000円（一般管理費含む）を合計の上限として計上してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 金額（千円） | 内訳 |
| 物品費（消耗品費、備品費） |  |  |
| 旅費 |  |  |
| 謝金 |  |  |
| その他 |  |  |
| 一般管理費 |  |  |
| 合計 |  |  |

注：開発段階に応じて、医療応用・実用化に向けた各種支援（ロードマップ作成、PMDA相談資料作成支援、知財戦略支援等）に要する費用を補助金額より計上していただきますことをご了承ください。なお、支援内容は開発段階によって異なるため個別にお問い合わせください。

注：内訳は可能な限り詳細にご記入ください。

注：本研究課題の性質上、次に掲げる費用は計上することができません。

　　学会参加費／論文投稿に係る費用／人件費（謝金として対応できるものは除く）

注：一般管理費については、直接経費の10％を上限とし、各機関の規定に従い計上してください。

**4．スケジュール**

”実施内容”欄に内容を記載し、その内容を実施する期間を右の欄に矢印で示してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 |
| 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本事業ではシーズの医療応用・実用化に向けた開発計画立案等のメンタリングを行うことを目的としているため、参考として現時点の開発スケジュール（案）の作成をお願いいたします。

本申請が採択された場合の経費執行期間は令和元年度のみです。

5**．参加者リスト**

研究代表者、及び研究課題への参加者

本研究を実施する方の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名:（フリガナ） | 所属・役職 | 本研究での役割 |
| 研究代表者 |  |  |  |
| 参加者 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※研究代表者は、所属大学等の教職員としてください（大学院生は参加者として記入してください）。

※参加者として所属大学以外の方をご記入いただけますが、その場合、原則として参加者に研究経費を配分することはできません。