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

**課題申請書様式** （事務記入欄）

**令和2年度 異分野融合型研究シーズ課題申請書（案）**

　提出年月日　令和　　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、本事業終了後の特許取得、他研究費事業への応募に繋げることを目的とします。

＊東北大学以外への、令和2年度の異分野融合型研究シーズ及び橋渡しシーズAと同時申請はできません。記入内容が事実と異なる場合には、採択されても後日取り消しとなる場合があります。

＊既に橋渡しシーズAとして登録されている課題は、本募集に応募することはできませんので、ご注意ください。

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

①令和元年度に本事業の支援を受けた課題であるか、選択してください。

□ 令和元年度のシーズとして支援を受けた課題である

□ 新規申請課題である

②令和二年度東北大学「橋渡し研究（シーズＡ）開発候補課題募集」への併願の有無を選択してください。

□ 有　□ 無

（東北大学の橋渡しシーズAへの併願は可能ですが、異分野融合型研究シーズとして採択された時点でシーズAの申請は無効になりますので、予めご了承ください）

**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 |  |

**連携する（連携が見込まれる）臨床医がいる場合はご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属医療機関 |  | | |
| 所属部署 |  | | |

**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およびその新規性 |
| 本研究課題で用いる技術概要についてご記入ください。また、その技術がどういう問題点を解決するか、その新規性についてご説明ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

|  |  |
| --- | --- |
| 本研究で解決を目指す医療上の課題、および医療応用・実用化イメージについて、具体的にご記入ください。  【前記技術によって解決しようとする医療上の課題】  【有用性】  【安全性】  【コスト】 | |
| 実用化に向けての臨床医・企業連携の状況およびこれまでの成果 | |
| 連携する臨床医がいる場合は、前記「解決しようとする医療上の課題」について臨床医とどのような連携をしてきたか、その成果等をご記入ください。  もし今後、連携が見込まれる臨床医がいる場合は、どのような連携をしていく予定であるか、ご記入ください。 | |
| 連携する（連携が見込まれる）企業があればご記入ください。 | |
| 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 | 「4.必要経費」および「5.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．成果の概要**

（令和元年度のシーズとして支援を受けた課題は必ずご記入ください。新規申請課題は記入不要です。）

|  |
| --- |
| 令和元年度の課題申請書の「本研究課題で実施する内容」に対する成果・達成状況について、採択通知の評価コメントを踏まえてご記載ください。 |

**4．必要経費（令和2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。）

（2,000,000円（一般管理費を含まず）を直接経費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、  設備備品費） | 500,000 |  |
| 旅費 | 500,000 |  |
| 謝金 | 500,000 |  |
| その他 | 500,000 |  |
| 合計 | 2,000,000 |  |

注：内訳は可能な限り詳細にご記入ください。

注：研究代表者の所属機関が東北大学以外の場合は、研究代表者の所属機関と東北大学との間で委託研究開発契約を締結し、直接経費及び一般管理費（直接経費の10％に相当する額）の合計額を配分致します。

注：萌芽枠で採択された場合には上限が1,000,000円になります。予めご了承ください。

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）／特許出願費用

注：その他、各費目の取り扱いについては、AMED補助事業事務処理説明書※をご確認頂き、事業費として計上が認められない経費にご注意くださいますようお願いいたします。

※AMED補助事業事務処理説明書：<https://www.amed.go.jp/content/000045592.pdf>

**5．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2年度 | | | | 令和3年度 | | | | 令和4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2年度のみです。

**6．参加者リスト**

研究開発代表者、及び研究課題への協力者

本研究を実施する方の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ  氏名 | e-Rad番号 | 所属・役職 | 本研究での役割 |
| 代表者 |  |  |  |  |
| 協力者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※研究開発代表者は、所属大学等の教職員としてください（大学院生は協力者として記入してください）。

※協力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、原則として研究経費を配分することはできません。

※代表者以外のe-Rad番号は分かる範囲で構いません。

※交付された研究費の中から旅費を使用する場合は、使用者を事前にAMEDへ登録する必要がありますので、旅費使用の可能性がある方は、あらかじめ本リストへ記載をお願いいたします。