**令和４年度橋渡し研究事業**

**慶應義塾大学拠点 シーズA申請書**

\*本申請書は秘密情報として適切に取り扱います。審査以外の目的には使用いたしません\*

**基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和３年 　月 　　日 | |
| 研究課題名（和文）  ＜公開可能な課題名＞ | *※公開可能な課題名としてください。* | |
| 研究課題名（英文）  ＜公開可能な課題名＞ | *※公開可能な課題名としてください。* | |
| 開発物(技術)の名称 | *※特許性の評価を実施するため可能な範囲で具体的にご記入ください。* | |
| 研究開発代表者 | 氏名 |  |
| 所属・役職 | *※所属は機関名・部署名（学部名など）をご記入ください* |
| 郵便番号・住所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 共同研究者  *※必要に応じて欄を足してください。* | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 機関事務・申請支援担当者  *※拠点からの代表者へのメール連絡の際にはc.c.に入れさせていただきます。* | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 郵便番号・住所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

**研究開発概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究開発概要（500字以内） |  |
| 薬事申請上の分類、実用化イメージ | □医薬品*※* 　□医療機器*※*　 □再生医療等製品*※*□体外診断用医薬品  □その他( 　　　 ) □未定  *※以下から更に選択してください。* |
| 医薬品 ：□低分子化合物 □リポジショニング □抗体医薬品 □核酸医薬品  □抗体類似タンパク質製品　□中分子医薬品  □その他（　　　　　　　）  医療機器　　　　　：□治療用機器　□診断用機器　□医療機器プログラム  □トレーニング・シュミレーション用機器  □パーソナルケア用ソフトウェア  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  再生医療等製品：□細胞加工製品 □遺伝子治療用製品 |
| キーワード（５つ以下） |  |

**研究内容・計画** *※記載の制限はありません。詳細にご記入ください。図表などを盛り込み、分かりやすく記載してください。*

|  |  |
| --- | --- |
| 背景、  開発経緯 |  |
| 本提案における現在までの成果 | *※R３年度異分野融合型シーズ（シーズH）の研究費支援を受けている課題については、その旨を記入し、R３年度における研究の進捗状況、および達成見込みの内容を詳しくご記入ください。*  *※本提案に至った根拠となる成果について、具体的なデータ（論文等）を示しつつご記載ください。* |
| 研究計画・目標  全体計画  および  令和4年度計画 | *※特許性の評価を実施するため可能な範囲で具体的にご記入ください。あまりに具体性に欠ける場合は、評価の対象外とする場合もございます。*  【全体計画】  【令和4年度計画】  *※計画とマイルストーンをなるべく具体的にお書きください。* |

**開発物の特徴***※簡潔、かつ明確に記載してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開発物（技術）の内容 |  | |
| 開発物の特長（新規性／優位性／革新性） | *※本提案が目指す成果と競合する技術・物質がある場合は、それらとの比較・優位性についてもご記入ください。* | |
| 対象疾患 | 疾患名 |  |
| 疾患分類  ※複数選択可 | □精神　　　□神経　　　□眼　　　　□耳鼻咽喉  □歯　　　　□呼吸器　　□循環器　　□消化器系  □腎　　　　□泌尿器系　□生殖器系　□血液  □筋・骨格　□皮膚　　　□免疫　　　□内分泌・代謝  □がん　　　□感染　　　□疼痛　　　□小児  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| 国内患者数 | *※出典（Web、ご自身で有する情報、等）についても記載ください。* |
| 海外患者数 | *※出典（Web、ご自身で有する情報、等）についても記載ください。* |
| 想定する効能効果、臨床的位置づけ） |  | |
| 本技術の、医療分野への貢献、波及効果 |  | |

**特許関連**

|  |  |
| --- | --- |
| 関連特許出願状況 | *※本申請シーズに関連する特許出願があれば、「発明の名称」「出願番号」「出願人」「発明者」「出願日」を記載してください。*  *また、既に特許出願の予定があるようでしたら予定される「発明の名称」「出願人」「発明者」「出願予定日」を記載してください。* |
| 本申請において出願を目指す発明の内容 |  |
| 所属機関における知財専門家によるサポート | ○有　○無  有の場合は専門家の所属・名前： |

**関連研究の公開状況・予定**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事項 | 状況・予定 | 発表日・  予定日 | 内容 |
| 学会発表 | 有・無 | \*\*\*\*年\*月 |  |
| 論文発表 | 有・無 | \*\*\*\*年\*月 |  |
| その他（研究会、学位審査会など） | 有・無 | \*\*\*\*年\*月 |  |

**連携企業**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 役割分担 |  |
| 担当者名・連絡先 |  |

*※必要に応じて欄を足してください。*

**支援の希望調査**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事項 | 希望 | コメント |
| 連携企業の紹介・マッチング | 有・無 | *※どのようなマッチングを想定しているかご記載ください。*  *（例）企業との共同研究、共同開発、ライセンス等* |
| 医療分野とのマッチング  （MARCの活用を含む） | 有・無 | *※どのようなマッチングを想定しているかご記載ください。（医療分野からの申請課題、既に医療分野と共同研究を行っている場合は記載いただく必要はございません。）* |
| 特許出願に関するサポート | 有・無 |  |
| AMED等の他の研究資金の紹介 | 有・無 |  |
| AMED創薬総合支援事業（創薬ブースター）への申請支援  *https://www.amed.go.jp/program/list/11/02/001\_01-01.html* | 有・無 | *※慶應拠点では、創薬ブースターの事業に合致すると判断した課題（支援決定した課題）は、申請支援を行っております。* |

**他制度での助成（受給）状況（研究代表者のみ）**

*※橋渡し他拠点へ申請・採択状況については、次の項目にて別途ご記載ください。*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制度名 | 研究課題名 | 研究期間 | 役割  (代表/分担） | 本人受給研究費  １．R2年度実績  ２．R3年度予定 | 本申請との違い |
| *例）AMED ○○事業* | *○○の開発* | *R1-R3* | *代表* | *１．6,000千円*  *２．5,000千円* | *開発物が異なる* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**橋渡し他拠点のシーズA・異分野融合型研究シーズへの申請（予定も含む）・採択状況（研究代表者・分担者ともに）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拠点名 | 研究課題名 | シーズA/  シーズH | 研究期間 | 役割  (代表/分担） | 本申請との違い |
| *○○大学* | *○○の開発* | *シーズA* | *R4* | *代表* | *開発物が異なる* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*※他拠点にて同一研究課題（目指す開発物が同一の研究課題）に既に採択されたことがある課題（他拠点にてシーズ登録されている課題）、他拠点にて応募を予定している課題については、本公募では審査対象外とさせて頂きます。*

**他の橋渡し関連事業への応募について**

|  |
| --- |
| 当拠点が橋渡し研究支援機関として認定を受けた際に、令和4年度異分野融合型研究シーズ（シーズH）等、新たな枠組に合わせた公募を開始する可能性があります。現在シーズAの基準に満たしていない等で採択とならなかった場合、他の橋渡し関連事業の公募主旨に合致すると判断される課題については、他の事業への応募について検討いただくためのご連絡をさせて頂きたいと考えております。  連絡を希望される場合は、下記の「希望する」に☑をお願い致します。  □ 希望する |

**要望など（自由記入）**

|  |
| --- |
| *※ご自由にご記入ください。* |