**令和７年度橋渡し研究プログラム**

**慶應義塾拠点 異分野融合型研究シーズ（シーズH）申請書**

\*本申請書は秘密情報として適切に取り扱います。\*

**基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 |  令和７年 　月 　　日 |
| 課題名（和文） | *※課題名は****公開可能な名称****を付けてください。（採択情報等として公表されます）* |
| 課題名（英文） | *※課題名は****公開可能な名称****を付けてください。（採択情報等として公表されます）* |
| 開発物(技術)の名称 | *※可能な範囲で具体的にご記入ください。* |
| 薬事申請上の分類 | □医薬品 　□医療機器　 □体外診断用医薬品 　□再生医療等製品□その他( 　　　 ) □未定 |
| 希望する応募枠 | □シーズH(a) 　　　□シーズH(b)※シーズH(a)とH(b)の重複応募は不可 |
| NCC拠点との連携枠（予定）の希望の有無※医療機器シーズのみ他のモダリティの場合、対応不要です。 | がんの診断・治療を目的とする医療機器開発課題の申請にあたっては、国立がん研究センター橋渡し研究推進センター（NCC CPOT）との連携枠設置を予定しております。以下のいずれかを選択（☑）してください。(詳細は「公募要領」を参照ください。課題の評価には連携枠の希望の有無は影響しません。)□連携枠を希望する　　□連携枠を希望しない |
| 研究代表者 | 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 |  |
| 研究分担者*※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 |  |
| シーズH研究費支援実績調査 | □ 令和６年度シーズH研究費支援課題である。□ 令和５年度シーズH研究費支援課題である。□ 令和４年度シーズH研究費支援課題である。□ 令和３年度シーズH研究費支援課題である。□ 令和２年度シーズH研究費支援課題である。□ 令和元年度シーズH研究費支援課題である。*※2年度間（令和元年度〜令和6年度のうち2年度）研究費支援をしたシーズは、今回応募できません。* |

**研究概要** *※記載の制限はありません。詳細にご記入ください。図表等を適宜挿入し、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 | *※R6年度異分野融合型研究シーズ（シーズH）研究費支援課題については、R6年度における研究の進捗状況、達成見込みの内容を含めご記入ください。**※本提案（発送）に至った根拠となる成果等について、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7年度計画 | 【全体計画】*※実用化に向けた全体計画（構想）を記載ください。*【令和7年度計画】*※今年度の実施計画をなるべく具体的にお書きください。また、マイルストーンを設定可能な場合はその内容と時期の記載をしてください。* |

**開発物の特徴***※文字数の制限はありませんが、簡潔にご記入ください。*

|  |  |
| --- | --- |
| 開発物（技術）の内容 |  |
| 開発物の特長（新規性／優位性／革新性） |  |
| 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 |  |
| 海外患者数 |  |
| 実用化イメージ | 基盤技術：□ベクター　□抗体　□組換タンパク質　□細胞・組織　□アッセイ系　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）創薬・診断薬：□標的分子・標的パスウェイ □スクリーニング系　□低分子化合物　□抗体医薬品　□抗体類似タンパク質医薬品　□治療用細胞・組織　□予防用ワクチン　□製剤技術□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）機器・ソフトウェア：□治療用機器　□診断用機器　□トレーニング・シュミレーション用機器　　　　　□医療機器プログラム　□パーソナルケア用ソフトウェア□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実用化イメージ（想定する効能効果、臨床的位置づけ） | *※簡潔に記載してください。（現在想定していることで構いません）* |
| 本技術の、医療分野への貢献、波及効果 | *※簡潔に記載してください。（現在想定していることで構いません）* |
| キーワード（５つ以下） |  |

**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 | *※本事業において出願は目標ではありません。出願を予定・想定している場合のみ、簡潔に記載してください。* |
| 所属機関における知財管理担当者 | *※所属機関において、特許出願等の管理をする担当者の「所属」「役職名」「氏名」「Emailアドレス」をご記載ください。* |

**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 |
| 共同開発企業の紹介・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。* |
| 医療分野とのマッチング | 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。（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 |  |

**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．R6年度実績２．R7年度予定 | 本申請との違い |
| *例）AMED ○○事業* | *○○の開発* | *R6-R7* | *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・受給状況（研究代表者・分担者）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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* | *R6* | *代表* | *開発物が異なる* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**拠点への支援要望**

|  |
| --- |
| ・具体的な支援の希望について |
| ・以下については、チェックをつけてください。* 医系研究者とのマッチング希望 　　　　　　（[ ] 強く希望する・[ ] 希望する・[ ] 希望しない）
* 企業連携に向けた商談会での課題紹介（国内・国外の希望の有無）

（商談会で用いるノンコン資料はPMの支援下、作成していただきます）（[ ] 強く希望する・[ ] 希望する・[ ] 希望しない）* 製薬会社、医療機器メーカー等に対するプレゼンテーションの希望

（マッチング・企業メンタリングの場として）　　　　　　　　　　 　　　 （[ ] 強く希望する・[ ] 希望する・[ ] 希望しない） |