**平成29年度シーズA申請書**

**基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 平成 　年 　月 　日 |
| シーズ番号 | *センターにて採番することから記載の必要はございません。* |
| 研究課題名 |  |
| 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。* |
| 現時点の想定種別 | □医薬品　□医療機器　□医薬品　□体外診断薬　□再生医療　□その他 |
| 研究代表者 | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 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 |  |

**研究概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。 | 背景 |  |
| 現在までの結果 |  |
| H29年度研究計画 |  |

**実用化のイメージ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象疾患 | 疾患名 |  |
| 国内患者数 |  |
| 海外患者数 |  |
| 想定する効能・効果 |  |
| 新規性／優位性 |  |

**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。* |

**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 |
| 特許調査（先行技術調査） | 有・無 |  |
| 共同開発企業の紹介 | 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）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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．H28年度実績２．H29年度予定 | 本申請との違い |
| *例）AMED ○○事業* | *○○の開発* | *H27-H29* | *代表* | *１．6,000千円**２．5,000千円* | *開発物が異なる* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**要望など（自由記入）**

|  |
| --- |
|  |