**平成31年度橋渡し研究戦略的推進プログラム**

**慶應義塾大学拠点 シーズA申請書**

**基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 平成 　年 　月 　　日 |
| 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。* |
| 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( 　　　 )　*※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 □核酸医薬  □遺伝子治療 □その他再生医療等製品：□細胞加工製品 □遺伝子治療用製品 |
| 研究代表者 | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 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 |  |

**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。図を挿入しても構いません。*

|  |  |
| --- | --- |
| 背景、開発経緯 |  |
| 本提案における現在までの成果 |  |
| 研究計画・目標（全体、H31年度） | *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。* |

**開発物の特徴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 想定する効能・効果 |  |
| 開発物の特長（新規性／優位性／革新性） |  |
| キーワード（５つ以下） |  |
| 実用化のイメージ（臨床的位置づけ） |  |

**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 |  |
| 知財専門家 | ○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 |
| 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．H30年度実績２．H31年度予定 | 本申請との違い |
| *例）AMED ○○事業* | *○○の開発* | *H29-H31* | *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）**

|  |
| --- |
|  |