|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床研究推進センター　宛  選考希望申請書 | | | | | | |  |
| 応募シーズ区分 | □Ｂシーズ　　□Ｃシーズ | | | | | | |
| 研究課題名 |  | | | | | | |
| 開発責任者 | 所属・役職 | |  | | 氏名 |  | |
| 連絡先 | 氏名 |  | | e-mail | | Tel. | |
| シーズ概要 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 特筆事項  社会的意義（対象疾患の希少性、難病等）  臨床的意義（治療効果の優越性、Unmet Needs等）  大学等のオリジナルな研究成果である点について（例：主要特許を持っている 等）  その他（経済的優位性、所要時間の大幅短縮等） | | | | | | | |
| シーズ開発目標 | | | | | | | |
| 開発の最終目標（いずれかを選択してください）  □ 医療技術として定着・普及　　　　　　　　　　　 □ 医薬品／医療機器として承認取得・市販化  （特記事項） | | | | | | | |
| TRとしての目標（いずれかを選択してください）  □ 医師主導治験の実施 　□ 先進医療・高度医療評価としての承認  □ 治験外臨床試験を通じたPOC取得　　　　　　 　□ 企業へのライセンスアウト  □ その他（　　　　　　　　　　　　　）  （特記事項） | | | | | | | |
| 目標達成までの障害 | | | | | | | |
| 現時点での到達点 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 本研究に関する知的財産の確保状況 | | |
| 取得済特許（番号）：  出願中特許（番号）： | | |
| 企業との連携状況（含　利益相反に関する事項） | | |
| 製造販売業となる企業の有無（なし・あり　企業名：　　　　　　　）  研究開発資金提供の有無（なし・あり　企業名：　　　　　　　） | | |
| 規制当局・行政に対する対応状況 | | |
|  | | |
| 研究資金獲得状況 | | |
| ※できるだけ詳細に記載下さい。  【記入例】●●科学研究費補助金　主任研究者　平成23年度～平成25年度　150万円（H23）、200万円（H24） | | |
| 最終的に応募課題とならなかった場合の臨床研究推進センターによる開発支援の希望について | | |
| □ 引き続き支援を希望する　　□ 支援は希望しない    　※既にセンターによる支援を受けている場合は記載不要です。 | | |