|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |