**提案書**

管理番号【AMED記入欄】

日本医療研究開発機構戦略推進部医薬品研究課　御中

提案書を登録します。

* AMEDによるマッチングスキームにより得られるすべての情報については、公開情報を除き、本プロジェクトにおけるマッチングの目的で検討することのみに使用し、それ以外の目的で第三者に開示しません。

●担当者連絡先について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| e-mail |  |

●総括研究代表者・共同研究者について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 総括研究代表者 | 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| e-mail |  |
| 共同研究者 | 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |

※赤文字のAMED注意書きを削除し、【本文】とあわせてA4版pdfとしてAMEDに登録してください。

※AMEDに登録する際、メール件名は「ステップ2【組織略名】総括代表者氏名」、添付ファイル名は「様式2【組織略名】総括代表者氏名\_#」（#は通し番号）としてください。

※枠内に、フォントMeiryo UI、文字サイズ10.5pt程度の文字で記入してください。

※必要に応じてセル高・行数を調整していただいて差し支えありませんが、セル幅・列数は変更しないでください。

●介入試験・臨床検体に関する提案について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象疾患　 |  |
| 介入試験 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 群No. | 投与薬剤名又は作用機序 | 用法用量 | 症例数 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

 |
| 試験デザインについて |
| 試験設定根拠（論文等） |
| 介入試験において取得する臨床情報（取得時期等を含む。） |  |
| 介入試験において取得する臨床検体（取得時期、提供可能量等を含む。） |  |
| 自由記載 |  |

●創薬基礎・応用研究に関する提案について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ○○について |  |
| ○○について |  |
| ○○について |  |
| 自由記載 |  |

●「介入試験・臨床検体」と「創薬基礎・応用研究」のそれぞれに用いる研究費（全研究実施期間）について、概ねの内訳比率を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 介入試験・臨床検体 | 創薬基礎・応用研究 |
| ［％］ | ［％］ |

※赤文字のAMED注意書きを削除し、【表紙】とあわせてA4版pdfとしてAMEDに登録してください。

※AMEDに登録する際、メール件名は「ステップ2【組織略名】総括代表者氏名」、添付ファイル名は「様式2【組織略名】総括代表者氏名\_#」（#は通し番号）としてください。

※枠内に、フォントMeiryo UI、文字サイズ10.5pt程度の文字で記入してください。

※必要に応じてセル高・行数を調整していただいて差し支えありませんが、セル幅・列数は変更しないでください。

※（様式２）【本文】は4枚以内で作成してください。

※必要に応じて図表を入れていただいても差し支えありません。