



実施体制 (参加者リスト)	氏名	所属機関・ 部署・役職	専門	本研究開発提案において 担当する内容	エフォ ート (%)	リサー チレジ デント
	栄目戸 太郎	大手町大学・大学 院医学研究科・教 授	○○○○学	○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○統括	15	非該当
	南尾 洋	日比谷大学医学 部附属病院・内 科・医長	○○○○学	○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○検討	10	非該当
	千代田 花子	大手町大学・大学 院医学研究科・助 教	○○○○学	○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○調査・解析	80	該当
研究開発代表者が所属する 機関の事務担当者	住所：〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-7-1 機関名：学校法人大手町大学 役職 氏名：○○○○○○課 ○○○○係長 堅木 優貴子 E-mail：yukiko-kenki@xxxx.xx.xx TEL：03-xxxx-xxxx FAX：03-xxxx-xxxx					

コメントの追加 [A3]: 公募要領の定義を参照の上、リサーチレジデントに該当するか否かを記載してください。



(概要図がある場合には以下に挿入してください。)

2. 研究開発の主なスケジュール (ロードマップ)

研究開発項目 ・マイルストーン	担当者 氏名	第1年度(2015年度)				第2年度(2016年度)				第3年度(2017年度)			
		1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q
(1) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	栄目戸 南尾 千代田			←→									
(2) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	栄目戸			←→	←→								
(3) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	南尾			←→	←→								
(4) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	千代田					←→	←→						
(5) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	栄目戸 千代田							←→	←→				
(6) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	栄目戸 南尾									←→	←→		
(7) ○○○○○○○○ ・○○○○○○○ ・○○○○○○○	栄目戸 南尾 千代田											←→	←→

コメントの追加 [A10]: 適切なマイルストーン設定がなされていることが採択条件に含まれています(公募要領参照のこと)。

【III 担当別 研究開発概要】

研究開発代表者 氏名	栄目戸 太郎
所属機関・部署・役職	大手町大学・大学院医学研究科・教授
分担研究開発課題名(実施内容)	①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○統括、 ②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の病態解明、 ③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の開発
研究開発の目的および内容	○○○○○・・・・
各年度における研究開発項目、マイルストーン及び研究開発方法	<p>①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○統括</p> <p>2015年度 ○○○○○○、○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の病態解明</p> <p>2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の開発</p> <p>2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p> <p>2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○</p>

コメントの追加 [A11]: 研究開発分担者の人数に応じて、適宜、表を追加または削除してください。

研究開発分担者① 氏名	南尾 洋
所属機関・部署・役職	日比谷大学医学部附属病院・皮膚科・教授
分担研究開発課題名(実施内容)	①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の調査、 ②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の解析、 ③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の策定
研究開発の目的および内容	○○○○○ . . . . .
各年度における研究開発項目、マイルストーン及び研究開発方法	①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○統括 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○  ②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の病態解明 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○  ③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の開発 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○

研究開発分担者② 氏名	千代田 花子
所属機関・部署・役職	大手町大学・大学院医学研究科・助教
分担研究開発課題名(実施内容)	①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の作成、 ②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○のスクリーニング、 ③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の検討
研究開発の目的および内容	○○○○○ . . . . .
各年度における研究開発項目、マイルストーン及び研究開発方法	①○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○統括 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○  ②○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の病態解明 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○  ③○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の開発 2015年度 ○○○○○○、○○○○○○○、○○○○○○○ 2016年度 ○○○○○○、○○○○○○○ 2017年度 ○○○○○○、○○○○○○○





【VIII 対象製剤・製品等について】(医薬品・医療機器・再生医療等製品の開発等を行う場合に記載)

1. 対象製剤・製品またはプロトタイプの名称・内容など	〇〇合成阻害剤												
2. 対象製剤・製品またはプロトタイプの入手方法	〇〇社より提供済み(非臨床用) 〇〇社より無償提供(MTA 締結済み)(臨床用)												
3. 薬事承認状況	海外においては、〇〇病について承認済み。△△病、☆☆病については未承認。 国内においてはいずれの疾患についても未承認。												
4. 企業の協力等の有無(予定を含む)	■有 □無 ※「有」の場合(内容: 〇〇社より非臨床用薬剤、および概要書の提供を受けており、臨床用薬剤の提供について xx 年 xx 月頃交渉予定である。また、同社が薬事申請を行うことを予定している。)												
5. 計画実施のため許認可を要する法律の有無	■有 □無 ※「有」の場合は、該当する法律と対応状況を記載してください。												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>該当する法律</th> <th>対応状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>再生医療等の安全性の確保等に関する法律</td> <td>認定再生医療等委員会に申請済み(第三種再生医療等)</td> </tr> <tr> <td>遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律</td> <td>厚生労働大臣及び環境大臣承認済み(第一種使用等)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	該当する法律	対応状況	再生医療等の安全性の確保等に関する法律	認定再生医療等委員会に申請済み(第三種再生医療等)	遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律	厚生労働大臣及び環境大臣承認済み(第一種使用等)						
該当する法律	対応状況												
再生医療等の安全性の確保等に関する法律	認定再生医療等委員会に申請済み(第三種再生医療等)												
遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律	厚生労働大臣及び環境大臣承認済み(第一種使用等)												
6. PMDA 事前面談・対面助言	事前面談実施済み。対面助言については、xx 年 xx 月頃実施予定。												
7. PMDA 審査経験者等関与の有無	■有(研究開発分担者の南尾洋は PMDA の審査関連部署に在籍経験あり) □無												
8. オーフアン指定制度	□既に指定を受けている ■申請中または申請を予定している □申請する予定はない												

**コメントの追加 [A19]:** 入手方法・状況・使用目的がわかるように記載してください。企業から入手する場合は、企業との交渉状況(契約(MTA)締結済み、契約交渉予定(時期)等)を記載してください。(契約(MTA)締結済みの場合、契約内容のわかる資料(契約書の写し等)を添付してください。締結(押印)済みの契約書をスキャナー等で取り込んで PDF 化すると容量が大きくなる傾向があります。代替資料として、契約書印刷用のデータを直接 PDF に変換したデータを添付していただいても差し支えありません(押印(印影)が確認できなくても差し支えありません)。

**コメントの追加 [A20]:** 事前面談を実施している場合は、サマリー(様式自由)を作成の上、添付してください。対面助言を実施している場合は、対面助言記録及び別紙(相談内容)の写しを添付してください。

【IX 経費】

1. 全体表

(単位：円)

種別	機関名	第1年度 (2015年度)	第2年度 (2016年度)	第3年度 (2017年度)	合計
代表	大手町大学	104,000,000	104,000,000	104,000,000	312,000,000
分担1	日比谷大学医学部附属病院	26,000,000	26,000,000	26,000,000	26,000,000
分担2					
...					
	合計	130,000,000	130,000,000	130,000,000	130,000,000

コメントの追加 [A21]: 必要（分担機関数）に応じて、行を追加してください。

2. 内訳表

(1) 代表機関：研究開発代表者の所属機関

機関名：大手町大学

(単位：円)

大項目		第1年度 (2015年度)	第2年度 (2016年度)	第3年度 (2017年度)
直接経費	物品費	25,000,000	25,000,000	25,000,000
	旅費	30,000,000	30,000,000	30,000,000
	人件費・謝金	25,000,000	25,000,000	25,000,000
	その他	0	0	0
直接経費小計		80,000,000	80,000,000	80,000,000
間接経費 (直接経費の 30 %)		24,000,000	24,000,000	24,000,000
合計		104,000,000	104,000,000	104,000,000

(2) 分担機関1：代表機関を除く、研究開発分担者の所属機関

機関名：日比谷大学医学部附属病院

(単位：円)

大項目		第1年度 (2015年度)	第2年度 (2016年度)	第3年度 (2017年度)
直接経費	物品費	10,000,000	10,000,000	10,000,000
	旅費	10,000,000	10,000,000	10,000,000
	人件費・謝金	0	0	0
	その他	0	0	0
直接経費小計		20,000,000	20,000,000	20,000,000
間接経費 (直接経費の 30 %)		6,000,000	6,000,000	6,000,000
合計		26,000,000	26,000,000	26,000,000

(3) 分担機関2：代表機関を除く、研究開発分担者の所属機関

機関名：

(単位：円)

大項目		第1年度 (2015年度)	第2年度 (2016年度)	第3年度 (2017年度)
直接経費	物品費			
	旅費			
	人件費・謝金			
	その他			
直接経費小計				
間接経費 (直接経費の ___ %)				
合計				

コメントの追加 [A22]: 必要（分担機関数）に応じて、表を追加してください。

【X 別添リスト】(論文・著書及び特許を併せて1ページ以内で記載してください)

1. 論文・著書

本提案に関連する政策提言(寄与した指針又はガイドライン等)、学術雑誌等に発表した論文・著書のうち、主なもの・最新のものに絞り、研究開発代表者及び研究開発分担者ごとに直近年度から順に記入してください。特に本提案に直接関連する論文・著書については、著者氏名の名前に「○」を付してください。また、記載いただいた論文・著書は漏れなく関係する必要最小限部分に絞った上で本文を参考資料として添付してください。

<研究開発代表者>

--

<研究開発分担者①>

--

<研究開発分担者②>

--

2. 特許リスト

適宜、知財担当者と相談の上、本提案に関連する特許権等知的財産権の取得及び申請状況等について、詳細(出願番号、公開番号、出願人(特許権者)、発明の名称、出願日等)を記載してください。

--

【XI 他制度での助成等の有無】

研究開発代表者および研究開発分担者が、現在受けている、あるいは申請中・申請予定の国の競争的資金制度やその他の研究助成等について、制度名ごとに、研究課題名、研究期間、役割、本人受給研究費の額、エフォート等を記入してください。記入内容が事実と異なる場合には、採択されても後日取り消しとなる場合があります。

<注意>

- ・現在申請中・申請予定の研究助成等について、本提案の選考中にその採否等が判明するなど、本様式に記載の内容に変更が生じた際は、本様式を修正の上、日本医療研究開発機構戦略推進部難病研究課まで連絡してください。
- ・他制度への申請書、計画書等の提出を求める場合があります。

1. 研究開発代表者 氏名：

制度名	受給 状況	研究課題名 (代表者氏名)	研究 期間	役割 (代表 / 分担)	本人受給研究費			エフォー ト (%)
					(1) 期間全体	(2) 2015 年度 予定	(3) 2014 年度 実績	
科学研究費補助金	受給中	○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○ (栄目戸 太郎)	2014.4 - 2017.3	代表	(1) 90,000 千円 (2) 30,000 千円 (3) 30,000 千円		10	
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			

コメントの追加 [A23]: 「受給中」「申請中」「申請予定」のいずれかを記入してください。

2. 研究開発分担者① 氏名：

制度名	受給 状況	研究課題名 (代表者氏名)	研究 期間	役割 (代表 / 分担)	本人受給研究費			エフォー ト (%)
					(1) 期間全体	(2) 2015 年度 予定	(3) 2014 年度 実績	
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			

		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円	
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円	
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円	

研究開発分担者② 氏名：

制度名	受給 状況	研究課題名 (代表者氏名)	研究 期間	役割 (代表 / 分担)	本人受給研究費			エフォー ト (%)
					(1) 期間全体	(2) 2015 年度 予定	(3) 2014 年度 実績	
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			
		0			(1) 千円 (2) 千円 (3) 千円			