（様式６）応募シーズ一覧と連絡先

今回応募するシーズについて、シーズB、シーズCの順に、各々シーズ番号の小さい順に記載してください。「革新的医療シーズ実用化研究事業」に応募し、2事業での審査を希望する課題については、最下段に記載してください。行は適宜挿入・削除してください。なお、拠点において点数評価等に基づく選考順位がある場合には、（様式７）にその評価手順と点数の根拠（X点満点、X段階評価等）を記載するとともに、備考欄に点数と順位を記載することができます。

応募資格者（拠点の事業担当者）：*〇〇法人〇〇大学〇〇〇センター・△△・〇〇　〇〇*

連絡担当者：*〇〇法人〇〇大学〇〇センター〇〇部門・△△・〇〇　〇〇*

連絡先メールアドレス※：*xxx@xxx.jp* 電話番号※：*012-345-6789*

※複数の連絡先を記入していただいてもかまいません。確実に連絡が取れる番号等を記載して下さい。

・シーズB

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | シーズNo. | 申請課題名 | 研究開発代表者 | 拠点内外の別 | 備考 |
| 氏名 | 所属機関 |
| 1 | *B14* | *〇〇〇〇の開発* | *〇〇　〇〇* | *〇〇大学* | *拠点内* | *3.9点（5位）* |
| 2 | *B17* | *〇〇〇〇の研究* | *〇〇　〇〇* | *〇〇研究所* | *拠点外* | *4.8点（1位）* |
| 3 | *B28* |  |  |  |  |  |
| 4 | *B29* |  |  |  |  |  |
| 5 | *B40* |  |  |  |  |  |

・シーズC

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | シーズNo. | 申請課題名 | 研究開発代表者 | 拠点内外の区別 | 備考 |
| 氏名 | 所属機関 |
| 1 | *C04* | *〇〇〇〇の開発* | *〇〇　〇〇* | *〇〇大学* | *拠点内* | *3.9点（4位）* |
| 2 | *C11* | *〇〇〇〇の研究* | *〇〇　〇〇* | *〇〇研究所* | *拠点外* | *4.8点（1位）* |
| 3 | *C36* |  |  |  |  |  |
| 4 | *C44* |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

・（参考）革新的医療シーズ実用化研究事業に応募した課題のうち、2事業での審査を希望する課題

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | シーズNo. | 申請課題名 | 研究開発代表者 | 拠点内外の区別 | 備考 |
| 氏名 | 所属機関 |
| 1 | *C23* | *〇〇〇〇の開発* | *〇〇　〇〇* | *〇〇大学* | *拠点内* |  |
| 2 | *C25* | *〇〇〇〇の研究* | *〇〇　〇〇* | *〇〇研究所* | *拠点外* |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

（様式７）シーズ選考の概要

本公募に係るシーズの募集と応募状況、選考と評価のプロセスについて、**2ページ以内**で概要を記載して下さい。記載にあたっては、応募・選定件数について各段階の過程を示すフローチャート（拠点内・拠点外）と選定にあたり重視した点を明記して下さい。新規募集を実施せず、既存の登録シーズから選定を行った場合には、その選定プロセスを件数とともに記載して下さい。

*〇〇〇〇〇〇*

（様式８）支援計画

*※応募シーズ1つにつき1ファイル提出してください。簡潔に****2ページ以内****で説明してください。ファイル名は「様式8-（シーズ番号）」（例：様式8-C04）として、****シーズ番号は半角で入力****、フッター情報にもシーズ番号を記入してください。合わせて、****実用化までのロードマップ（様式自由）を様式９として提出****してください。*

拠点名・シーズ番号：*〇〇〇〇大学・C04*

研究課題名：*〇〇〇〇〇〇の開発*

研究開発代表者（所属・氏名）：*〇〇〇センター〇〇部門　〇〇　〇〇*

拠点担当者（所属・役割・氏名）：*〇〇〇〇大学　プロジェクトマネージャー　〇〇　〇〇*

1. 支援に値すると判断した根拠

*〇〇〇〇〇〇*

2. 開発方針

*〇〇〇〇〇〇*

3. 具体的な支援内容（拠点外シーズの場合は具体的な支援スキームを含む）

*〇〇〇〇〇〇*

4. 開発目標達成のためのマネジメント計画

*〇〇〇〇〇〇*

5. 薬事対応状況

*〇〇〇〇〇〇*

6. 企業との連携状況

*〇〇〇〇〇〇*

7. 開発目標に至る主なハードルと予想されるリスク

*〇〇〇〇〇〇*

8. 支援継続・ステージアップ・中止を検討する判断基準と時期

*〇〇〇〇〇〇*

9. 係る費用の内訳と請求フロー

*〇〇〇〇〇〇*