

(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) : ○○法人○○大学○○○センター・△△・○○ ○○

連絡担当者 : ○○法人○○大学○○センター○○部門・△△・○○ ○○

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	○○○○の開発	○○ ○○	○○大学	拠点内	3.9 点 (5 位)
2	B17	○○○○の研究	○○ ○○	○○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	○○○○の開発	○○ ○○	○○大学	拠点内	3.9 点 (4 位)
2	C11	○○○○の研究	○○ ○○	○○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	○○○○の開発	○○ ○○	○○大学	拠点内	
2	C25	○○○○の研究	○○ ○○	○○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。

○○○○○○

(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: ○○○○大学・C04

研究課題名: ○○○○○○の開発

研究開発代表者 (所属・氏名): ○○○センター○○部門 ○○ ○○

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

1. 支援に値すると判断した根拠

○○○○○○

2. 開発方針

○○○○○○

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)

○○○○○○

4. 開発目標達成のためのマネジメント計画

○○○○○○

5. 薬事対応状況

○○○○○○

6. 企業との連携状況

○○○○○○

7. 開発目標に至る主なハードルと予想されるリスク

○○○○○○

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

○○○○○○

9. 係る費用の内訳と請求フロー

○○○○○○