（表紙）

平成29年度

クリニカル・イノベーション・ネットワーク推進支援事業

事業提案書

事業提案課題名

代表機関名

事業担当者

**Summary of Proposal**

**\* Please limit this “Summary of Proposal” form to two (2) pages.**

 **1. Project title**

 **2. Principal investigator**

* Name
* Researcher ID（8 digits）
* Date of birth
* Affiliation
* Department
* Position title
* E-mail address

 **3. Abstract (400 words maximum)**

*Outline your research proposal, mentioning the anticipated results, in 400 words or less.*

 **4. Keywords (10 items maximum)**

*List as many as 10 terms that most likely represent the essence of the proposed research.*

 **5. Publication list (10 items maximum)**

*List as many as 10 peer-reviewed articles published in English in reverse chronological order (most recent first), and specify the most relevant one(s) with an asterisk(s) (\*).*

**事業提案書要約**

**※ 本「事業提案書要約」は1ページ以内に収めてください。**

 **１．事業課題名**

 **２．事業担当者**

* 氏名
* 研究者番号（８桁）
* 生年月日（西暦）
* 所属研究機関
* 所属部局
* 職名
* 連絡先（E-mail）

 **３．アブストラクト**

*1000文字以内で簡潔に記載してください（期待される成果も含む）。*

 **４．キーワード（10単語以内）**

*提案内容を示す、適切かつ重要と思われる単語を記載してください。*

（様式１）

2017（平成29）年度

クリニカル・イノベーション・ネットワーク推進支援事業　事業提案書

|  |  |
| --- | --- |
| 公募事業課題名 | クリニカル・イノベーション・ネットワーク（CIN）の推進拠点 |
| 事業課題名 |  |
| 事業実施機関名 |  |
| 事業実施機関の代表者（事業代表者）役職・氏名（フリガナ） |  |
| 事業担当者情報 |
| 事業担当者氏名（フリガナ） |  |
| 所属機関・部署・役職 |  |
| 連絡先 | 住所：〒E-mail：TEL：　　　 FAX：　 |
| e-Rad研究者番号 |  |
| 生年月日 | 西暦 　　年 XX 月 XX 日 |
| 学歴（大学卒業以降） |  |
| 研究歴（主な職歴と研究内容） |  |
| 事業期間 | 2017（H29）年 8月以降開始（予定）　～ 　（H ）年 月（ 年 ヶ月） |
| 所要見込額（単位：円） | 年度 | 事業費合計額 | うち直接経費 |
| 2017(H29)年度 | 円 | 円 |
| 2018(H30)年度 | 円 | 円 |
| 2019(H31)年度 | 円 | 円 |

＝＝＝

|  |  |
| --- | --- |
| 事業実施目的 |  |
| 事業実施概要 |  |

＝＝＝

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施体制（事業担当者・事業分担者） | 氏名 | 所属機関・部署・役職 | 専門 | 担当する内容 | エフォート(%) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業代表者が所属する機関の事務担当者 | 住所：〒機関名： 役職・氏名： E-mail： TEL：　　　 FAX：　 |

＝＝＝

**（事業構想の概略）**

|  |  |
| --- | --- |
| レジストリ調査方法 |  |
| レジストリ情報収集方法 |  |
| 情報検索システム |  |
| 相談・支援の体制 |  |
| 連携協力体制 |  |
| 事業期間終了後の運営・管理の方策 |  |

＝＝＝

（事業構想イメージ図）

|  |
| --- |
|  |
| 補足事項：  |

*＝＝＝*

１．基本構想

（１）事業の背景

（２）事業の目標・ねらい

（３）事業の全体像

（４）事業成果により得られる医療上の効果

（５）事業の将来展望

＝＝＝

２．事業計画

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

＝＝＝

３．実施体制図

|  |
| --- |
|  |
| 補足事項： |

＝＝＝

４．担当別　事業概要

（１）代表機関

機関名：

管理者　所属・役職：

管理者　氏名：

実施内容：

①目的及び内容

②各年度における実施項目、マイルストーン及び実施方法

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

③担当する実施項目を実現可能な根拠

（２）分担機関

分担機関名：

管理者　所属・役職：

管理者　氏名：

分担補助事業名（実施内容）：

①目的及び内容

②各年度における実施項目、マイルストーン及び実施方法

平成29年度：

平成30年度：

平成31年度：

③担当する実施項目を実現可能な根拠

５．事業の主なスケジュール（ロードマップ）

|  |
| --- |
| 事業の目標： |
| 実施項目・マイルストーン | 担当者氏名 | 第1年度2017(H29)年度 | 第2年度2018(H30)年度 | 第3年度2019(H31)年度 |
| 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 |

＝＝＝

６．事業に関する経費

【全体表】

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 機関名 | 平成29年度 | 平成30年度 | 平成31年度 | 合計 |
| 代表 |  |  |  |  |  |
| 分担１ |  |  |  |  |  |
| 分担２ |  |  |  |  |  |
| ･･･ |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

【内訳表】

（１）代表機関：事業担当者の所属機関

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名：  | （単位：円） |
| 大項目 | 平成29年度 | 平成30年度 | 平成31年度 |
| 直接経費 | 物品費 |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |
| 人件費・謝金 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |
| 一般管理費（小計の ％） |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

（２）分担(１)：代表機関を除く、事業分担者の所属機関

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名：  | （単位：円） |
| 大項目 | 平成29年度 | 平成30年度 | 平成31年度 |
| 直接経費 | 物品費 |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |
| 人件費・謝金 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |
| 一般管理費（小計の ％） |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

【設備備品の内訳】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支出年度 | 品　名 | 単価（円） | 数量 | 金額（円） | 設置機関 |
| 平成 年度 |  |  |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |  |  |

【外注費の内訳】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支出年度 | 外注内容 | 外注先（予定） | 外注費（円） |
| 平成 年度 |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |
| 平成　　年度 |  |  |  |

＝＝＝

７．実績・論文・著書リスト

本提案に直接関連する研究開発・事業の実績及びその位置づけ等を簡潔に説明してください。事業担当者及び事業分担者ごとに、論文・著書リストについては、本提案に直接関連する政策提言(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（過去３年間、５報以内）について記入してください。

【本提案に直接関連する実績及びその位置づけ等】

|  |
| --- |
|  |

【事業担当者の論文・著書リスト】題名、著者、誌名、巻（号）、頁、掲載年 等

|  |
| --- |
| 事業担当者名： |

【事業分担者の論文・著書リスト】題名、著者、誌名、巻（号）、頁、掲載年 等

|  |
| --- |
| 事業分担者名：事業分担者名： |

＝＝＝

８．知的財産に関して　 (適宜、知財担当者と相談の上、記載してください)

（１）体制について

知財担当者の関与：　　　□　有　　／　□　無

（AMEDによる知財サポートを　□　希望する　／　□　希望しない）

（２）知的財産権の帰属

□　知的財産権は研究機関に帰属することを希望する。

□　知的財産権は機構に帰属する。

９．企業との連携・協力状況について

|  |
| --- |
|  |

１０．他制度での助成等の有無

事業担当者及び事業分担者が、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、課題名、助成期間、役割、本人の受給額、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、この募集に関するお問い合わせ先まで電子メールで連絡してください。

（１）【事業担当者】氏名：

| 制度名 | 受給状況 | 課題名(代表者氏名) | 研究期間 | 役割(代表/分担) | 本人受給額（千円）(1)期間全体(2)2017年度 予定(3)2016年度 実績 | エフォート(％) | 本提案との関係 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |

（２）【事業分担者】氏名：

| 制度名 | 受給状況 | 課題名(代表者氏名) | 研究期間 | 役割(代表/分担) | 本人受給額（千円）(1)期間全体(2)2017年度 予定(3)2016年度 実績 | エフォート(％) | 本提案との関係 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |

（３）【事業分担者】氏名：

| 制度名 | 受給状況 | 課題名(代表者氏名) | 研究期間 | 役割(代表/分担) | 本人受給額（千円）(1)期間全体(2)2017年度 予定(3)2016年度 実績 | エフォート(％) | 本提案との関係 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |
|  |  |  |  |  | (1) 千円(2) 千円(3) 千円 |  |  |

１１． 倫理面への配慮

|  |
| --- |
| （１）遵守すべき研究に関係する指針等　 |
| □　再生医療等の安全性の確保等に関する法律□　人を対象とする医学系研究に関する倫理指針□　ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針□　遺伝子治療臨床研究に関する指針□　動物実験等の実施に関する基本指針□　その他の指針等(指針等の名称: ) |
| （２）本研究開発期間中に予定される臨床研究の有無 |
| □　有　　□　無※「有」の場合は、予定される内容を記入してください。 |
| 対象疾患 | 予定される内容、実施時期 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| （３）COI（利益相反）委員会の有無 | □　有　　□　無　　　　 |
| （４）COI（利益相反）委員会への申し出の有無 | □　有　　□　無　　　　 |
| （５） 人権の保護及び法令等の遵守への対応 |
|  |
| （６）本研究への専門家の参加 | 疫学・生物統計学者□　有　　　□　無　　　□　その他（　　　　　　　　　）「有」の場合は、当該専門家の氏名、所属機関名、所属部局名、職名を以下に記入してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）臨床薬理学者□　有　　　□　無　　　□　その他（　　　　　　　　　）「有」の場合は、当該専門家の氏名、所属機関名、所属部局名、職名を以下に記入してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（様式２）

平成　　年　　月　　日

承　　　　諾　　　　書

（事業代表者の所属機関・職名）

（事業代表者の氏名）　殿

（事業分担者の所属長の所属・職名）

（所属長の氏名）　　　　　　　　公印

 「クリニカル・イノベーション・ネットワーク推進支援事業」の補助事業課題の募集に対し、当機関（研究所）の職員が、下記により応募することを承諾いたします。

記

１．事業課題名

２．分担者氏名

* 所属機関長の氏名・職印は、学部長、附属研究者等の部局の長が承諾書に関する権限を委任されている場合は、これらの部局長の氏名・職印で差し支えありません。
* 同一の課題について、同一の機関から複数の事業分担者が参加しようとする場合は、「２．分担者氏名」に連記して差し支えありません。