企業連携及び自立化に向けた方策

Ⅰ.疾患レジストリ基盤の概要

１．自立化する疾患レジストリの名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患レジストリ基盤名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 事務局の所在地 |  |
| 設立年月日 | 20xx年 xx 月 xx 日 |
| 資本金 | xxxx万円  |
| 活動（サービス）内容 |  |

Ⅱ.運営内容

1. ビジョン・目標

|  |
| --- |
| 公費による支援受領期間：公費による支援終了後： |

２.運営コンセプト

(１)活動（サービス）内容の詳細

|  |
| --- |
|  |

(２)想定するステークフォルダーと運営資金（支払い者）

|  |
| --- |
| 利用者：運営資金（負担者）： |

３. 状況分析等

 (１）疾患レジストリの状況（規制動向、活用状況、市場ニーズの現状と今後）

|  |
| --- |
| 【現状】規制動向：活用状況：市場ニーズ：【今後】規制動向：活用状況：市場ニーズ： |

(２）競合、市場環境に対する対応

|  |
| --- |
| 想定されるリスクリスクへの対応 |

４.自立化のための計画（収支、人員等）

(１)収支計画の概要 (単位：千円)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 収益 | 支出 | 収支 |
| 主な費目 | 金額 | 主な費目 | 金額 |  |
| 2023年度 |  |  |  |  |  |
| 以降、AMED支援終了後の自立化 |
|  |  |  |  |  |  |
| 2024年度 |  |  |  |  |  |
| 2025年度 |  |  |  |  |  |

(2) 損益計画(単位：千円)　※自立化前年の2023年度に発生しない費用は「該当せず」と記載ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 備考 |
| ①売上高 | xxx,xxx | xxx,xxx | xxx,xxx |  |
| ②売上原価 | x,xxx | x,xxx | x,xxx |  |
| ③売上総利益(①－②) | xxx,xxx | xxx,xxx | xxx,xxx |  |
| 人件費 | xx,xxx | xx,xxx | xx,xxx |  |
| 家賃 | x,xxx | x,xxx | x,xxx |  |
| 減価償却費④ | x,xxx | x,xxx | x,xxx |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| その他 | xxx | xxx | xxx |  |
| ⑤販売費及び一般管理費 | xx,xxx | xx,xxx | xx,xxx |  |
| ⑥営業利益 (③－⑤) | xxx | xxx | xxx |  |
| ⑦営業外損益 (支払利息) | xxx | xxx | xxx |  |
| ⑧経常利益(⑥－⑦) | xx | x,xxx | x,xxx |  |
| ⑨法人税等 | xx | x,xxx | x,xxx |  |
| ⑩税引後利益 (⑧－⑨) | xx | x,xxx | x,xxx |  |

（３）人員計画　※自立化前年の2023年度も参考値として記載ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署・担当 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 備考（職位、報酬額等） |
|  | x | x | X |  |
|  | x | x | X |  |
|  | x | x | x |  |

 (４)収支計画の詳細 (単位：千円)

【2023年度】

1. 収益
	1.
	2.
	3.
2. 支出
	1.
	2.

【2024年度】

1. 収益
	1.
	2.
	3.
2. 支出
	1.
	2.

【2025年度】

1. 収益
	1.
	2.
	3.
2. 支出
	1.
	2.

 (５)計画達成に向けて実施する事項

*

Ⅲ.自立化に向けての実施スケジュール　自立化前年の2023年度より準備予定を記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施項目 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 備考 |
| 4月～9月 | 10月～3月 | 4月～9月 | 10月～3月 | 4月～9月 | 10月～3月 |
| （例）法人登記申請手続 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |