シーズ提案前相談申込書

(2024.4)

受付番号



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 相談者情報 | （フリガナ）  氏　　名 |  | 所属・種別 | 大学　　　 公的研究機関  その他（　　　　　　　　） |
| 機関名 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 郵便番号  住所 |  | | |
| 連絡先 | TEL： | | FAX： |
| E-mail： | | |
| 共同研究者氏名、所属 |  | | |
| 相談方法の希望 | メール回答  　Web面談  　AMED主催（WebexまたはTeams）　　相談者主催（　　　　　　）  ※ご質問の内容により、面談を希望されてもメール回答となる場合があります。 | | |
| 相談内容 | | 本事業の仕組みや支援内容に関する相談  　シーズ提案書の作成上の不明点等に関する相談  （注）シーズ提案書の添削や評価に関わるような研究内容への助言は行えません。詳しくは、次頁の注意事項をよくお読みくださいますようお願いいたします。  ＜具体的な相談内容＞ | | | |
| 研究の背景 | |  | | | |

（注意）

1. シーズ提案前相談は、創薬ブースターへのシーズ提案を検討している大学・公的研究機関等の研究者に対するシーズ提案に関する相談事項のみを対象とした相談です。シーズ提案に限らない、保有する創薬シーズを実用化するための相談については、創薬ナビにて豊富な経験を持つ創薬事業部の創薬コーディネーターが、無料で戦略的相談（研究計画、出口戦略、知財戦略等）及び応用研究（探索研究から非臨床試験まで）に関わる技術的相談に応じておりますのでご活用ください。（<https://www.amed.go.jp/program/list/11/02/001_01-02.html>）
2. シーズ提案前相談申込書の記入要領は以下のとおりです。
3. 共同研究者　氏名、所属欄

貴研究について共同研究者がいる場合は、その目的・理由を記載してください。

1. 相談内容欄

シーズ提案に関連して、以下の資料をAMED HPに掲載していますので、必ず事前にご覧のうえ、相談内容を選んで具体的内容をご記入ください。

* 創薬ブースターへのシーズ提案のご案内

（<https://www.amed.go.jp/content/000085235.pdf>）

* 創薬総合支援事業（創薬ブースター）に関する実施要領（<https://www.amed.go.jp/content/000084526.pdf>）
* 創薬総合支援事業（創薬ブースター）に関する質疑応答集（Q&A) （<https://www.amed.go.jp/content/000085234.pdf>）
* 創薬シーズ提案書作成上の留意点

（<https://www.amed.go.jp/content/000090313.pdf>）

1. 研究の背景欄

今回の相談に該当する研究を主体として、これまでの研究内容を簡潔に記載してください。

３．シーズ提案時には、シーズ提案書「⑯iD3（創薬ナビ等）での相談歴」欄に、当該シーズ提案前相談の実施日を記載してください。