（別添様式1）

創薬ナビ申込書

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 | |  | | |
| 相談希望場所 | | 東京（日本橋）  大阪（本町） | | |
| 相談区分 | | 創薬標的分子の探索・検証　　　　 スクリーニング系の確立（HTSを含む）  構造最適化  非臨床試験（薬効薬理、安全性、代謝・薬物動態等）  CMC（製造、品質等）　　　　 製剤化（DDSを含む）　　　 知財取得  研究計画（応用研究）  コンパニオン診断薬開発（バイオマーカーの探索） | | | |
| 相談内容 | |  | | | |

研究概要　（2枚以内に収めること）

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 疾患領域 | がん　　 難病・希少疾患　　 肝炎　　 感染症　　 糖尿病  脳心血管疾患　　 精神神経疾患　　 小児疾患  その他の疾患（　　　　　　　　　　） |
| 対象疾患 |  |
| 創薬標的分子 | 酵素（キナーゼ等）　 受容体　 核酸  サイトカイン等炎症関連物質　 成長因子　 糖鎖　 遺伝子  その他（　　　　　　　　） |
| 医薬品、治療法の形態 | 低分子化合物　 天然化合物　 タンパク質／ペプチド　 抗体  核酸　 ワクチン　 コンパニオン診断薬　 遺伝子治療  再生医療　 その他（　　　　　　　　　）　 未定 |
| 現在の到達段階 | 創薬標的分子の検証　　 ヒット探索（HTS、その他）  リード探索/最適化　 　 非臨床試験  その他（　　　　　　　　） |
| 研究の背景 |  |
| 研究の現状 |  |
| 創薬標的分子の検証結果 |  |
| 目指す医薬品の姿  （製剤の種類、治療上の位置付け、治療目標等） |  |
| 新規性/優位性 |  |
| 特許申請状況 |  |
| 論文発表、学会発表 |  |
| 企業との連携状況 |  |
| 公的助成他の有無 |  |
| 実験評価系 |  |
| 備考 |  |
| 参考文献 | 関連文献を以下に記載し、PDFファイルで送付してください。 |
| １． |  |
| ２． |  |
| ３． |  |
| Web会議又はTV会議の希望の有無 | 創薬ナビは直接お会いしてのご相談の他、Web会議又はTV会議でも相談が可能です。Web会議又はTV会議での面談が可能な方は、チェックをお願いします。面談の方法をご連絡します。  Web会議又はTV会議での面談を希望する。  ※面談の方法はAMEDよりご連絡いたします。 |
| その他 | 創薬ナビ（無料相談事業）をどちらでお知りになりましたか。  AMEDのWebsite  AMEDのメールマガジン  学術集会等での案内（例：〇〇学会）  雑誌（例：実験医学）  研究者等からの紹介（例：〇〇大学△△教授）  その他（　　　　　　） |

（注意）

1. 用紙の大きさは日本工業規格A4としてください。
2. 記入欄に記入事項の全てを記入できないときは、その欄に「別紙（　）のとおり」と記入し別紙を添付してください。
3. 研究概要に、研究の状況等、相談の背景について記載できる範囲で簡潔に記載してください。
4. 創薬ナビ申込書の記入要領は以下のとおりです。

（1）選択項目のあるものについては、適切なものを選択してください。複数の項目に該当する場合は、それら全てについて選択してください。

（2）共同研究者欄

貴研究について共同研究者がいる場合は、共同研究者の氏名と所属を記入してください。

（3）相談内容欄

質問・相談又は創薬支援推進事業・創薬総合支援事業（創薬ブースター）による支援要請の内容について明確に記載してください。なお、創薬支援ネットワークの研究機関の研究者等の同席を希望する場合は、その目的・理由を記載してください。

（4）創薬標的分子の検証結果欄

創薬標的分子の検証が既に完了している場合は、現在得られている結果について記載してください。また、これから実施を計画している場合はその計画の概要を記載してください。

（5）新規性／優位性欄

新規の創薬標的分子である、代替する適切な医薬品等がない、 既存の医薬品等と比較して著しく高い有効性又は安全性が期待される等、既存の医薬品や研究等と比較して新規性や優位性がある場合は、その内容を根拠とともに記載してください。

（6）特許申請状況

既に特許出願をしている場合は、その内容について記載してください。また、特許出願を行っていない場合、今後、特許出願を行うにあたって問題となる先行特許が存在しないか、把握している範囲で記載してください。

（7）実験評価系欄

高次評価までの薬効評価系（*in vitro*、*in vivo*）について、適切な疾患動物モデル等があれば記載してください。

（8）備考欄

その他、研究内容等について、特記すべき事項等があれば記載してください。

(9) その他欄

　　創薬ナビについて、どのようにお知りになったかお教えください。

（別添様式2）

創薬ナビ申込書取下願

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者氏名 |  |
| 機関名 |  |
| 部門・役職 |  |
| 郵便番号  住所 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |
| 創薬ナビ申込日 |  |
| 備考 |  |

上記により申込みをした創薬ナビの登録申込みの取下げをお願いします。

令和　　年　　月　　日

（注意）

１．用紙の大きさは日本工業規格A4としてください。

（別添様式3）

創薬ナビ申込書（追加）

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 | |  | | |
| 部門・役職 | |  | | |
| 郵便番号  住所 | |  | | |
| 連絡先 | | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： | | |
| 共同研究者  氏名、所属 | |  | | |
| 相談希望場所 | | 東京（日本橋）  大阪（本町） | 相談希望日 | 第一希望：  第二希望：  第三希望： |
| 相談区分 | | 創薬標的分子の探索・検証　 スクリーニング系の確立（HTSを含む）  構造最適化  非臨床試験（薬効薬理、安全性、代謝・薬物動態等）  CMC（製造、品質等）　　　 製剤化（DDSを含む）　　　　 知財取得  研究計画（PMDAの実施するRS戦略相談への対応を含む）  コンパニオン診断薬開発（バイオマーカーの探索） | | | |
| 相談内容 | |  | | | |

（注意）

１．用紙の大きさは日本工業規格A4としてください。