**革新的先端研究開発支援事業インキュベートタイプ（LEAP）**

**令和６年度LEAPマッチング登録票**

**（非公開情報）**

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情報 | |
| 氏名 |  |
| ふりがな |  |
| 所属・役職 | ・ |
| e-Rad研究者番号（8桁） |  |
| 連絡先（e-mail） |  |
| 連絡先（Tel） |  |
| 出身事業 | プルダウンリストより、出身事業を選択ください。 |
| 領域 | 「●●●」領域 |
| 上記の課題名 | ●▲■における制御機構の解明 |
| 上記課題の研究開発期間 | 20●●年▲月から20■■年▼月まで |
| 上記課題での役割 | 研究代表者 |

(**以下、公開情報**)

**革新的先端研究開発支援事業インキュベートタイプ（LEAP）**

**令和６年度LEAPマッチング登録課題情報**

|  |
| --- |
| 1．LEAPにおいてシーズとなる研究開発（出身事業で）の成果について |
| ※500字程度でお願いします。  【留意点】本資料は、LEAPマッチングシステムに掲載いたします。公開可能な情報のみ記述するようにお願いいたします。必要に応じて物質X、遺伝子Y等の保護をお願いいたします。  提案者の氏名が判明してしまうような文献や知財等を引用する場合は、直接わからないような形式に変換してご記載ください。  良くない記載例　・・・　(Taro Nihon et al., 2020)、(日本太郎らが発見し、・・・)　など  良い記載例 ・・・　(Nature, 2020)、(提案者らが発見し、・・・)  必要に応じて、適宜、入力範囲を調整ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 2．LEAPで想定される研究開発内容 | |
| 研究開発課題名（仮） |  |
| 開発目的（承認上の分類） | 該当する目的を〇で囲ってください。  医薬品 ・ 医療機器 ・ 再生医療等製品・ 体外診断薬 ・ その他 |
| 対象疾患 | 対象疾患を入力ください。 |
| 具体的な研究開発内容　※（１）と（２）合わせて、1,000字程度でお願いいたします。  （１）次の展開として取り組みたい研究開発内容：これまでの成果からどのような医療応用が見出されるか。  【留意点】本資料は、LEAPマッチングシステムに掲載いたします。公開可能な情報のみ記述するようにお願いいたします。必要に応じて物質X、遺伝子Y等の保護をお願いいたします。  （２）どのような研究開発手法・戦略が有効と考えるか。  【留意点】本資料は、LEAPマッチングシステムに掲載いたします。公開可能な情報のみ記述するようにお願いいたします。必要に応じて物質X、遺伝子Y等の保護をお願いいたします。  必要に応じて、適宜、入力範囲を調整ください。 | |

|  |
| --- |
| 3．共同提案者（分担研究者）に求める役割 |
| 【留意点】本資料は、LEAPマッチングシステムに掲載いたします。公開可能な情報のみ記述するようにお願いいたします。必要に応じて物質X、遺伝子Y等の保護をお願いいたします。  必要に応じて、適宜、入力範囲を調整ください。 |

* 本登録票（様式１）は、マッチング登録のための情報として、LEAPマッチングシステムに掲載いたします。公開可能な情報のみ記述するようにお願いいたします。マッチング登録後にマッチング（共同提案者募集）するための資料として使用します。
* 本登録票（様式１）は、A4用紙４枚以下での作成をお願いいたします。
* 1.～3.の枠内の赤字、青字の説明は削除ください。