

(事務記入欄)

受付番号	
受付日	平成 年 月 日

平成 30 年度 「橋渡し研究戦略的推進プログラム」課題申請書 (シーズ A)  
(筑波大学拠点)

本研究課題では 2 年以内に特許出願・特許強化を目指す研究を対象とします。補助金支援期間は原則 1 年、最大 2 年で  
す。平成 30 年度に採択された場合でも、31 年度に継続するためには再申請が必要です。

\*A4 用紙 7 枚程度に収まるように記載して下さい。

\*全ての項目について記載をお願いします。

提出日	平成 年 月 日
研究課題名	
研究代表者	氏名： 所属・職位： E-mail： Tel：
試験物(技術)の 名称	

● 研究概要

【標的疾患とその概要】

標的疾患とその概要や患者数などを記載して下さい。

【従来の標準的治療法／診断法とその問題点】

従来の標準的治療法/治療技術、あるいは診断法とその問題点・アンメットメディカルニーズを記載して下さい。

【上記問題点を解決するための手段・方法】

具体的にどのようなコンセプトで問題を解決するのかが判るようにポンチ絵を挿入し記載して下さい。

【既存薬および既存技術とそれらに対する競合優位性】

*現在他に開発中のものがあれば、それらについてもわかる範囲で記載して下さい。適宜、表を挿入して下さい。*

【現時点までの研究の進捗内容】

● 本研究を遂行する上での課題

● 本申請（シーズA）での研究開発計画

【達成目標および達成期間】

達成期間が2年間の場合は、年度ごとの達成目標を記載して下さい。

【実施体制】

他との共同研究である場合は、実施体制・業務分担等を記載して下さい。

【年度ごとの研究計画】

試験項目	担当機関	目標	H30年度	H31年度
XXXX		○○○		
YYYY		△△△		
特許出願				★
ZZZZ		□□□		

● 基本情報

試験物（技術）	シーズ分類	該当部分を■にして下さい。 <input type="checkbox"/> 低分子 <input type="checkbox"/> バイオ医薬品（蛋白、抗体）、ペプチド <input type="checkbox"/> 核酸 <input type="checkbox"/> 天然物由来（植物、微生物等） <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 遺伝子治療 <input type="checkbox"/> 細胞治療 <input type="checkbox"/> 治療機器 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ロボット等 <input type="checkbox"/> 医療材料 <input type="checkbox"/> 医療 ICT <input type="checkbox"/> 診断機器 <input type="checkbox"/> 診断薬（体内、体外） <input type="checkbox"/> DDS・製剤技術、製造技術 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	想定する薬事承認申請上の分類	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 <input type="checkbox"/> 体外診断用医薬品 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他（ ）

共同研究者 必要に応じて欄を 足して下さい。	氏名	
	所属・役職	
	電話番号	
	E-mail	
現在までの研究進捗	<p>既に達成した開発段階を■にして下さい。</p> <input type="checkbox"/> リード化合物探索 <input type="checkbox"/> プロトタイプ作成 <input type="checkbox"/> 化合物の決定 <input type="checkbox"/> 主要特許出願 <input type="checkbox"/> 基本スペックの決定 <input type="checkbox"/> 試験物決定 <input type="checkbox"/> 試験物の規格決定 <input type="checkbox"/> 試験物の製造体制整備	
開発目標	<p>シーズ開発の最終目標までの到達点について記載し、該当部分を■にして下さい。</p> <input type="checkbox"/> 特許出願（ 年 月 ） <input type="checkbox"/> ライセンスアウト（ 年度） <input type="checkbox"/> 非臨床POC取得（ 年度） <input type="checkbox"/> 試験物の規格決定（ 年度） <input type="checkbox"/> 治験届提出（ <input type="checkbox"/> 医師主導 <input type="checkbox"/> 企業主導）（ 年度） <input type="checkbox"/> 先進医療届提出（ 年度） <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）	
開発上の課題（ハードル）		

● 標的製品プロフィール 分かる範囲で記載して下さい。

対象疾患	疾患名	
	疾患分類	<p>該当部分を■して下さい。</p> <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 泌尿器系 <input type="checkbox"/> 生殖器系 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 筋・骨格 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	国内患者数	
	海外患者数	
想定する効能/効果		
競合薬及び競合技術に対する優位性	<p>競合する薬剤および技術の名称があればその名称を、またそれらに対する優位性・新規性・独創性を記載して下さい。</p>	
企業との連携	<p>連携する（連携が見込まれる）企業があれば記載して下さい。該当部分を■して下さい。</p> <input type="checkbox"/> 有 企業名： 役割： 契約書の有無、契約種別：例：共同研究契約、MTA 等 <input type="checkbox"/> 無	
事業化イメージ	<p>現段階にて、事業化のイメージがあれば簡潔に記載してください。</p>	

● 関連特許出願状況

該当する特許が複数ある場合は欄を追加して記載して下さい。該当部分を■にして下さい。

- 取得済み（「発明の名称」「出願番号」「出願人」「発明者」「出願日」「特許番号」）
- 出願中（「発明の名称」「出願番号」「出願人」「発明者」「出願日」）
- 出願予定（「発明の名称」「出願番号」「出願人」「発明者」「出願予定日」）
- 出願の予定無し（理由： ）
- その他（ ）

● 研究費の金額

今回申請を希望する研究費の金額	(平成 30 年度) 円		
内訳	項目	内容	金額
	物品費		
	旅費		
	人件費・謝金		
	特許出願、調査費用		
	その他		
		合計	
実際に必要と推定される研究費の金額	(平成 30 年度) 円		

● 他制度での助成（受給）状況（研究代表者のみ）

制度名	研究課題名	研究期間	役割(代表/分担)	本人受給研究費 1. H29 年度実績 2. H30 年度予定	本申請との違い
例) AMED 〇〇事業	〇〇の開発	H27- H29	代表	1. 6,000千円 2. 5,000千円	開発物が異なる

● 拠点到支援してほしい内容

該当部分を■にして下さい。

- 知財関連（特許調査、知的財産取得戦略立案等）
  - 企業連携等（企業とのマッチング支援、ニーズ調査等）
  - 治験関連（臨床開発計画立案支援、PMDA 相談支援、治験実施支援等）
- （その他具体的に記載 )