様式３

記入日：平成　　年　　月　　日

研究シーズに関するアンケート

※必須項目以外はご記入できる範囲で記入願います。(空欄があってもかまいません。)

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　分 | 内　　　　　容 |
| 1．研究者氏名・役職名  ※必須 |  |
| 2．研究者所属・部署名  ※必須 |  |
| 3．連絡先  ※必須 | 担当者：  内線番号：  メールアドレス： |
| 4．シーズ候補となる  　 研究テーマ  ※必須 |  |
| 5．研究の概要  ※必須 | 研究の背景、目的、内容、特徴、最終目標等を自由に記載願います。 |
| 7．試験物・技術の  コンセプト | 試験物・技術の名称：  □医薬品　□医療機器　□細胞・組織　□診断薬　□その他  １）対象疾患：   1. 対象疾患の国内・世界の患者数：   国内：　約　　　　　　　人  世界：　約　　　　　　　人 |
| 8．試験物・技術の情報 | １）内容  記載例①:現在、全く治療法がないため、本試験物が新規の治療法になる。  記載例②:本試験物は現在、他の疾患治療薬として承認されているが、新たに〇〇疾患治療薬として適応拡大できる。  記載例③:本試験物は、現在の治療薬や診断薬と比較し○○○な点が新しい。  ２）先行技術情報（公開されている特許、文献等）  特許の記載例：特開2014-012345、WO2014/012345など  ３)有効性  ４)安全性  ５)入手方法 |
| 13．特許の出願及び  取得状況 | 特許出願予定  □有　□無  出願番号（および出願日）：  記載例①：特願2014-0123456(出願日2014.9.10)  記載例②：PCT/JP2014/012345(出願日2014.9.10)  ・  ・  特許番号：  記載例：特許第01234567号、US0123456  ・  ・ |
| 14． 当該研究に関連する助成金あるいは寄付金  取得状況 |  |
| 15．共同研究企業（機関） | 共同研究企業（機関）の有無  □無  □有 共同研究企業(機関)名： |

以上

ヒアリング希望日　※必須

|  |  |
| --- | --- |
| 通常都合の良い時間帯 | 備考 |
| 月曜日　　：　　～　　：  火曜日　　：　　～　　：  水曜日　　：　　～　　：  木曜日　　：　　～　　：  金曜日　　：　　～　　： | ※左記によらない９・１０月のご予定があれば記載願います。 |