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。 |