**平成31年度　事　業　計　画　書**

受付番号：事務局記載

希望金額：\*,\*\*\*万円

個別シーズ情報記載

　　研究課題名： ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

　　研究開発代表者（所属・氏名）：旭川医科大学●●●●●●●・●●　●●

研究開発分担者（所属・氏名）：●●●●大学●●●●●●●・●●　●●

研究開発協力者（所属・氏名）：●●●●大学●●●●●●●・●●　●●

（↑分担者：分担金を送り個別経理させる相手 / 協力者：それ以外 として分けてください。）

拠点担当者（所属・役割・氏名）：事務局記載

支援開始年月：平成31年4月

試験物の名称：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

対象疾患（患者数）：●●●●●●●●●●●●●●（国内:●●人、世界:●●人）

想定する効能効果・既存薬に対する優位性：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

薬事申請上の分類：医薬品、医療機器、など

今年度の目的・実施内容・マイルストーン：

・目的：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

・実施内容：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

・マイルストーン：

●●月：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

●●月：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

●●月：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

拠点に支援を希望する事項：

（例）

・非臨床試験情報提供と助言（平成31年度）

・共同研究機関との契約の支援（平成31～32年度）

・外部資金獲得支援（平成31～33年度）

今年度末における支援の継続・中止のクライテリア：●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●の際は、支援中止を検討する。