未来医療開発部　シーズ支援中止希望届

（様式３）

（提出日）　　　年　　　月　　　日

大阪大学医学部附属病院未来医療開発部長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属研究室名 |  | | | | | |
| 所属研究室責任者 | 職名 | 氏名 | |  | | |
| 研究提案者氏名 | （フリガナ） | | |  | | 職名 |
| 研究提案者連絡先 | Tel：  E-mail： | | | | | |
| 研究分担者 | 氏名 | | 所属 | | 職名 | |

以下の通り、研究シーズの支援中止を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| シーズ区分：H・A・B・C（○をつけてください） | | シーズ番号： |
| 研究テーマ（研究課題）名 | | |
| 支援中止希望の理由 | | |
| 試験物/技術名 |  | |
| 終了時の開発段階  （yyyy/mm/dd） | □主要特許出願（\*\*\*\*年\*月\*日）　　□非臨床POC取得（\*\*\*\*年\*月\*日）  □試験物の規格決定（\*\*\*\*年\*月\*日）□試験物の製造体制整備（\*\*\*\*年\*月\*日）  □非臨床安全性評価終了（\*\*\*\*年\*月\*日）  □医師主導治験届提出（\*\*\*\*年\*月\*日）□企業主導治験届提出（\*\*\*\*年\*月\*日）  □薬事承認／認証申請（\*\*\*\*年\*月\*日）□薬事承認／認証取得（\*\*\*\*年\*月\*日）  □国際臨床試験開始（\*\*\*\*年\*月\*日） □海外での承認／認証申請(\*\*\*\*年\*月\*日）  □先進医療承認（\*\*\*\*年\*月\*日）　 □保険適用（\*\*\*\*年\*月\*日）  □薬事承認／認証後の販売(\*\*\*\*年\*月） □薬事承認／認証外の販売(\*\*\*\*年\*月）  □ライセンスアウト（\*\*\*\*年\*月\*日）□その他（　　）（\*\*\*\*年\*月\*日） | |
| ＜備考・補足説明＞ | |
| 支援終了後の開発状況 | □開発継続　　　　　　　　　　□開発中止 | |
| 対応内容  （事務局記入欄）  ○年○月○日 |  | |

【注意事項】

※支援中止となった後も、日本医療研究開発機構（AMED）への進捗の報告義務が生じる場合がございます。予めご了承下さい。