|  |  |
| --- | --- |
| 受　付　番　号（記入しないこと） |  |

2026年度 京都大学医学部附属病院 先端医療研究開発機構

橋渡し研究プログラム・シーズB/F　申請書

2025 年　XX月　XX日

※オレンジ字部分は、削除してご記載ください。以下同じ。

|  |  |
| --- | --- |
| **研究課題の名称** |  |
| **技術（開発物）の名称** |  |
| **関連特許** | [x] 出願済 [x] 出願前　　※出願済又はAMED申請前の出願見込みの場合のみ、申請が可能です。 |
| **過去の拠点シーズ登録** **（シーズ番号）** | [x] 有 （*A○○,B○○*） [x] 無　 |
| **RS戦略相談** | 非臨床安全性試験（医薬品、医療機器、再生医療）又は臨床性能試験（体外診断用医薬品）のデザインに関する対面助言[x] 実施済　　[x] 未実施※ 実施済の場合のみシーズB/Fに申請可能です。※ 未実施の場合は必ず『シーズpreF』で申請してください。 |
| **申請シーズ区分****（いずれか一つを選択ください）** | [x] シーズB　（非臨床開発（最長3年））※別添①（PMDA対面助言記録）の添付が必須となります。[x] シーズF　（非臨床開発（2年）＋臨床開発（3年）の最長5年）※シーズＦ申請の場合には参画企業の強力なコミットメントが必須となります。※別添①（PMDA対面助言記録）の添付が必須となります。[x] シーズB/F併願（非臨床開発（2年）＋臨床開発（3年）の最長5年）※シーズＦ申請の条件は上記と同様。併願後にシーズB採択の場合、研究期間は2年となります。※別添①（PMDA対面助言記録）の添付が必須となります。 |

**研究開発の概要　（５００字以内）**

|  |
| --- |
|  |

**キーワード**（5つ以内でご記載ください）

|  |
| --- |
|  |

**研究開発代表者****※シーズFのみ、研究代表者としてアカデミアの研究者以外の者が申請可能です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属機関 |  |
| 所属部局 |  |
| 所属分野 |  | 役職 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

**研究開発分担者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属機関 |  |
| 所属部局 |  |
| 所属分野 |  | 役職 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

**※研究開発分担者が多数の場合、枠を追加してご記載ください。**

**申請に係る連絡窓口担当者（研究開発代表者と異なる場合にご記載ください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 所属機関 |  |
| 所属部局 |  |
| 所属分野 |  | 役職 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

**１．開発試験製品の概略**

|  |  |
| --- | --- |
| **対象疾患分野** | （複数選択可）[ ] 精神　　[ ] 神経　　[ ] 眼　　[ ] 耳鼻咽喉　　[ ] 歯・口腔　　[ ] 呼吸器　[ ] 循環器　　[ ] 消化器　　[ ] 腎　　[ ] 泌尿器　　[ ] 生殖器　　[ ] 血液[ ] 筋・骨格　　[ ] 皮膚　　[ ] 免疫　　[ ] 内分泌・代謝　　[ ] がん　[ ] 感染[ ] 疼痛　　[ ] 小児　　[ ] その他（　　　　　）　 |
| **適応（対象）疾患** | 複数記載可（複数の場合は主な対象を赤字としてください） |
| **薬事申請上の分類** | 目指す製品の薬事申請上の分類をご記載ください。（複数選択可、複数の場合は主な対象を赤字としてください）[ ] **治療・予防用医薬品**→[ ] 低分子　[ ] 中分子　[ ] ペプチド　[ ] 核酸　[ ] 抗体　[ ] 放射性物質　[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **体内診断用医薬品**→[ ] 造影剤　[ ] 放射性物質　[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **体外診断用医薬品**→[ ] キット製品　[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **医療機器プログラム**→[ ] 治療・予防用プログラム　[ ] 診断用プログラム[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **医療機器（機械器具）**→[ ] 測定・検査装置　[ ] 院内合成・処理装置[ ] 治療・予防用機器　[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **再生医療等製品**→[ ] 細胞・組織　[ ] ウイルスベクター　　[ ] その他（　　　　　　　）[ ] **その他**（　　　　　　　） |
| **試験物（機器）の****日本での承認状況** | [x] 有　　[x] 無　※有の場合以下記載効能・効果等：製品名： |
| **試験物（機器）の****外国での承認状況** | [x] 有　　[x] 無主な承認国：【承認がある場合、本研究との関連】[x] 同一の適応症・用途[x] 異なる適応症・用途（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **研究の目的** | 研究の目的についてご記載ください。（３００字以内） |
| **新規性・独創性** | 新規性、独創性などについてご記載ください。（５００字以内） |
| **競合技術・既存治療に対する優位性** | 先行あるいは競合する国内外の技術・医療についてご記載ください。そして、その競合技術・医療と比べて、どのような優位性があるのかをご記載ください。（５００字以内） |
| **臨床的位置づけ** | 申請課題で開発する技術が解決可能な、医療現場におけるアンメットメディカルニーズについて想定される内容があればご記載ください。（５００字以内） |
| **今後クリアすべき課題** | 実用化に向けて克服すべき課題をご記載ください。（５００字以内） |

**２．研究内容・計画　（4ページ以内）**

|  |  |
| --- | --- |
| **技術（開発物）についての説明** | 技術（開発物）について、これまでに得られているデータ（有効性データなど）をご記載ください（2ページ以内）。一般的ではない略語には正式名をご記載ください。今回の申請に関連してPMDAと何らかの相談を実施したことがある場合には、その日付及びPMDA見解を含む相談概要を必ずご記載ください。 |
| **第1～●年度研究計画****＜概要＞** | 第1～**●**年度の研究計画について、それぞれの項目を1～2文でご記載ください。（全部で300字程度）※シーズF申請あるいはシーズB/F併願の場合には、企業とアカデミアの役割分担をわかりやすくご記載ください。【第1年度】1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン：1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン：1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン：【第**●**年度】1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン：1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン：1. **●●**

目的：実施内容：マイルストーン： |
| **第1～●年度研究計画****＜詳細＞** | 研究実施内容の詳細についてご記載ください。第1～**●**年度の研究計画を箇条書きでご記載ください。※シーズF申請あるいはシーズBF併願の場合には、企業とアカデミアの役割分担をわかりやすくご記載ください。例）第1年度計画：1. 非臨床安全性試験（遺伝毒性試験）の実施
2. 治験準備。
3. 薬事対応

第2年度計画：1. 非臨床安全性試験（●●試験）の実施
2. 治験実施
 |

**３．治験薬等の調達**

|  |  |
| --- | --- |
| **治験薬等の調達状況** | [x] 企業から無償提供[x] 企業から有償提供[x] 流通品を使用[x] 研究者が製造[x] その他（　　　　　　　　　　） |
| **治験薬等の調達時期** | [x] 調達済み　（＿＿＿年＿＿＿月までに提供予定）[x] 調達折衝中　（＿＿＿年＿＿＿月までに折衝完了予定）[x] 未調達 |

**４．非臨床安全性試験**

|  |  |
| --- | --- |
| **毒性試験、生物学的安全性試験などの実施状況** | 単回投与毒性試験　実施済み　（●●年●月）反復投与毒性試験　実施中　（●●年●月終了予定）遺伝毒性試験　実施予定　（●●年●月開始予定） |

**５．特許戦略**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **①本研究課題に関連する特許出願状況**該当する特許が複数ある場合は欄を追加してください。 | 1 | 発明の名称：特許出願番号：特許出願日：特許番号：出願人：発明者：分類：[ ] 物質　[ ] 用途　[ ] 製剤　[ ] 製法　[ ] その他（例：医療機器、プログラム、キットなど） | 特許出願内容の要旨と本研究課題との関連性 |
| 2 | 発明の名称：特許出願番号：特許出願日：特許番号：出願人：発明者：分類：[ ] 物質　[ ] 用途　[ ] 製剤　[ ] 製法　[ ] その他（例：医療機器、プログラム、キットなど） | 特許出願内容の要旨と本研究課題との関連性 |
| 3 | 発明の名称：特許出願番号：特許出願日：特許番号：出願人：発明者：分類：[ ] 物質　[ ] 用途　[ ] 製剤　[ ] 製法　[ ] その他（例：医療機器、プログラム、キットなど） | 特許出願内容の要旨と本研究課題との関連性 |
| **②今後の特許出願予定**上記①に該当する特許出願がない場合は必ず記載ください。 |  | 分類：[ ] 物質　[ ] 用途　[ ] 製剤　[ ] 製法　[ ] その他（例：医療機器、プログラム、キットなど）出願人(予定)：発明者（予定）： | 具体的な知的財産（特許等）の構想及び出願戦略 |

**６．企業連携（※企業連携無の場合、シーズFに申請することはできません）**

|  |  |
| --- | --- |
| **企業連携の有無** | [x] 有　　[x] 無有の場合の連携先企業の名称： |
| **企業等からの技術協力** | [x] 有　　[x] 予定有　　[x] 無特記事項： |
| **試験実施上の連携状況** | 【①治験薬等の管理、提供】[x] 有　[x] 無特記事項：【②安全性情報等の管理、提供、当局対応等】[x] 有　[x] 無特記事項：【③その他の連携内容】 |
| **資金面での協力** | [x] 有　[x] 無特記事項： |
| **利益相反関係を適切に管理することが可能** | [x] 該当　[x] 非該当 |
| **製造販売を担当する企業への導出に関する交渉状況** | [x] 有（内諾含）　[x] 交渉中　　[x] 交渉予定　　[x] 未定/予定無①有（内諾含）の場合、具体的な内容・条件②交渉中、交渉予定の場合、状況③未定/予定無の場合、今後の方針　上記で該当するケースについて、以下に詳細をご記載ください。 |
| **導出予定先企業における引き受け後の開発方針** | ※連携企業と協議の上、ご記載ください。 |
| **企業連携、導出に関する各種書類の有無** | 根拠となる各種書類（例、契約書等）[x] 有　　[x] 無　 |

**７．PMDAレギュラトリーサイエンス戦略相談等の活用について（※非臨床安全性試験に関する対面助言が未実施の場合、シーズB又はFに申請することはできません）**

|  |  |
| --- | --- |
| **レギュラトリーサイエンス戦略相談の実施状況** | [x] 事前面談実施　[x] 対面助言実施　[x] 未実施/今後予定実施日：非臨床試験の充足性　20XX年XX月XX日治験薬等の品質・規格　20XX年XX月XX日治験プロトコル　20XX年XX月XX日　[x] 対面助言記録添付有（別添①）　[x] 無　[x] 事前面談の概要メモ添付有　　[x] 無 |
| **各種面談結果の概要と指摘事項への対応状況** | 製造における＊＊の安全性を指摘され、非臨床試験を追加で実施する予定である。 |
| **対面助言におけるPMDAとの合意** | [x] 有　　[x] 無 |

**８．実用化までのロードマップ**

|  |  |
| --- | --- |
| 以下のように実用化までのロードマップを作成し、説明してください。その際、本研究提案が全体のどこに該当するか、また、企業等の連携先との役割分担も分かるように工夫してください。　なお、記載例の図は削除してください。（記載例）○○○○○○○○○○

|  |
| --- |
| 製造・販売第Ⅲ相試験第Ⅱb相試験第Ⅰ・Ⅱa相試験非臨床試験非臨床安全性試験（2026～2028）治験薬製造・安定性試験（2026～2028）第Ⅰ・Ⅱa相試験（2029～2031）規制局対応・IRB・治験届（2027～2029）本研究提案期間ライセンスアウト2033年度～203年度～2031年度2030年度2029年度2028年度2027年度2026年度 |

 |

**９．実施体制図**

代表機関、分担機関の組織（所属機関と主たる研究場所が異なる場合については、主たる研究場所についても記載）、体制、連携、協力体制等について、研究代表者・分担者と橋渡し研究支援拠点及び拠点の担当者（プロジェクトマネージャー等）、臨床研究中核病院、がんゲノム医療中核拠点病院（がんに関する遺伝子治療等のシーズの場合）、連携する企業間の連携体制がわかるように体制図をご記載ください。各機関の役割が分かるようにご記載ください。また、研究開発課題の運営・推進及び進捗管理等の体制や方法についてご記載ください。

【体制図記載例】

角丸四角形：大学等、楕円：企業、点線矢印：契約の流れ、二重矢印線：試料、情報等のやりとり、分担

**AMED**

研究代表者

所属：＊＊大学＊＊センター　＊＊部

氏名：山田　太郎

本課題における役割

○○の実施

データマネジメント、

薬事、統計解析、モニタリング・監査業務等

治験薬の製造・

安全性情報の提供

研究分担者

所属：　＊＊科・＊＊

氏名：海野　勝男

本課題における役割

○○の実施

治験薬

製造依頼

**１０．****研究費の応募・受入等の状況（科研費、JST、橋渡し事業を含むAMED事業など）**

重複受給がないかの確認のため、国、独立行政法人、AMEDの研究助成状況および現在の申請状況についてご記載ください。

なお、同一シーズの開発に関して、現在申請中または本事業の審査期間内に申請予定の事業・助成金（併願扱いの可能性のある事業・助成金）がある場合には、「本応募研究課題と当該研究課題との関係」の欄に、両事業が採択された場合にどちらを辞退するか、または、両方を進める場合には、研究計画の切り分けや相違点についてご記載ください。

【研究開発代表者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **制度名** | **受給状況** | **研究課題名****(代表者氏名)** | **役割** | **受給額（千円）****及び期間** | **本応募研究課題と当該研究課題との関係** |
| 例）○○研究助成 | 受給中 | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2025年4月～2027年3 月 | 研究内容の相違点をご記載ください。 |
| 例）△△研究事業 | 受給の可能性有り | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2026年4月～2027年3月予定 | 研究内容の相違点をご記載ください。 |
|  |  |  |  |  |  |

【研究開発分担者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **制度名** | **受給状況** | **研究課題名****(代表者氏名)** | **役割** | **受給額（千円）****及び期間** | **本応募研究課題と当該研究課題との関係** |
| 例）○○研究助成 | 受給中 | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2025年4月～2027年3 月 | 研究内容の相違点をご記載ください。 |
| 例）△△研究事業 | 受給の可能性有り | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2026年4月～2027年3月予定 | 研究内容の相違点をご記載ください。 |
|  |  |  |  |  |  |

**１１．本シーズに関連してこれまでに受けた研究費**

本応募に繋がった研究の助成歴の確認のため、本応募研究開発課題に関連する国、独立行政法人、AMEDの研究助成状況について、ご記載ください。

【研究開発代表者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **制度名** | **研究課題名****(代表者氏名)** | **役割** | **受給額（千円）****および期間** | **本応募研究課題と当該研究課題との関係** |
| 例）○○研究助成 | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2025年4月～2026年3 月 | 研究の成果および本事業との関連性をご記載ください。 |
|  |  |  |  |  |

【研究開発分担者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **制度名** | **研究課題名****(代表者氏名)** | **役割** | **受給額（千円）****および期間** | **本応募研究課題と当該研究課題との関係** |
| 例）○○研究助成 | ＸＸ　ＸＸ（○○　○○） | 研究代表者 | ○○○千円2025年4月～2026年3 月 | 研究の成果および本事業との関連性をご記載ください。 |
|  |  |  |  |  |

**１２．本シーズに関連する実績**

研究開発代表者及び研究開発分担者が学術誌等に発表した論文・著書等、また学会で口頭発表、ポスター発表のうち、**今回の申請に関連すると思われる**重要なものを選んでご記載ください。

**【研究開発代表者】**

|  |
| --- |
| 論文・著書学会発表 |

**【研究開発分担者】**

|  |
| --- |
| 論文・著書学会発表 |

**１３．AMED事業申請歴について**

|  |  |
| --- | --- |
| 同一シーズのAMED事業（橋渡し事業以外を含む）への申請歴 | [x] 有　　[x] 無 |
| 有の記載の場合、前回申請が不採択の場合のみ、不採択後に今回の申請に向けてどのような進捗、対応を行ったかを詳しくご記載ください。 |  |