（第１号様式）

平成　　年度臨床ニーズ試作品開発補助事業認定申請書

平成　　年　　月　　日

大分県医療ロボット・機器産業協議会　会長　 　　　　　　 殿

住所（事業実施主体代表者の所在地，郵便番号）

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　名称（事業実施主体代表者の名称）

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　氏名（事業実施主体代表者の代表者の氏名）　　[印]

平成　　年度において、臨床ニーズ試作品開発補助事業を実施したいので、認定されるよう、臨床ニーズ試作品開発補助事業実施要領第３の規程により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１．開発する試作品の概要
*（開発内容を要約して記載してください）*

２．事業実施計画

　　　　　別紙１のとおり

３．申請額：　　　　　　　　　　千円（千円未満切り上げ）　（事業経費内訳は、別紙２のとおり）

 ４．研究代表者

|  |  |
| --- | --- |
| ①総括研究代表者 | 1. 臨床ニーズ提供者
 |
| 企業名又は機　関　名：住　　　所：〒役　　　職：氏　　　名：Ｔ　Ｅ　Ｌ：Ｆ　Ａ　Ｘ：E-mail： | 企業名又は機　関　名：住　　　所：〒役　　　職：氏　　　名：Ｔ　Ｅ　Ｌ：Ｆ　Ａ　Ｘ：E-mail： |

５．事務連絡担当者（事業実施主体）

 役　職： 氏　名：

 ＴＥＬ： ＦＡＸ：

 　　　　E-mail：

（別紙１）

事業実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| １．テーマ名 | *※認定した場合にはテーマ名を公表します。* |
|  |
| ２．試作品開発の目的及び概要 |  |
| 　*当該事業の目的・目標・内容等を以下のポイントを参考に分かりやすく記載してください。*1. *試作品開発の基礎となる技術シーズ、知見*
2. *試作品開発における課題・目標（開発項目（サブテーマ）毎に記入してください）*
3. *ニーズ提供機関との連携方法・内容*
4. *事業スケジュール*

　*＊概念図等プレゼンテーション形式の資料を添付されても結構です。（Ａ４　５枚以内）* |
| ３．実施体制 |  |
| *研究共同体の構成員別の研究サブテーマを記載してください。*

|  |  |
| --- | --- |
| 実施機関名 | 研究サブテーマ |
| (株)○○社 |  |
| (有)○○社 |  |
| ○○大学○○学部○○研究室 |  |
|  |  |

*＊研究共同体の構成員相互が地理的に著しく離れている場合には、具体的にどのように連携するのかを示してください。* |

|  |  |
| --- | --- |
| ４．事業化計画 |  |
| 1. 事業化に向けた計画

*試作品開発の終了後において、事業化に向けたロードマップを記載してください（次年度以降の市場調査、製造販売、薬事申請・販路開拓など）。また、当該事業終了後に、さらに取り組まなければならない技術課題があれば記載してください。（あわせて解決するための技術開発内容等について記載してください。）* 1. 事業化の見通し

*事業化する時期や目標売上額など事業化したときに目指す目標等を記載してください。* |
| ５．類似テーマの採択状況など |  |
| *他の機関に、当該（同一）テーマ又は類似テーマを申請している場合若しくは過去に採択されている場合は、記載して下さい。*

|  |  |
| --- | --- |
| １．年度 |  |
| ２．公的機関名 |  |
| ３．制度名 |  |
| ４．テーマ名 |  |
| ５．採択状況 | １．採択（採択年度：平成　　年）　　　　２．申請中 |

 |

（別紙２）

申請額内訳表

（交付決定日から研究開発終了日までの経費）

研究テーマ：

実施期間：交付決定日～平成　　年　　月　　日 　単位：千円

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費の区分 | 補助事業に要する経費 | 補助対象経費 | 交付　　申請額 |  | 委託先機関名 | 委託先機関名 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ⅰ．プラント・機械装置費 |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. ース・

レンタル費 |  |  |  |  |  |  |
| ②機械装置費 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅱ．原材料費 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅲ．外注加工・　分析費 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅳ．旅費 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅴ．謝金 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅵ．事務庁費 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅶ.　委託費 |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

（注１）「補助事業に要する経費」とは、補助事業を遂行するのに必要な経費をいいます。

（注２）「補助対象経費」とは、「補助事業に要する経費」のうちで、補助対象となる経費をいいます。

（注３）「交付申請額」とは、「補助対象経費」のうちで補助金の交付を希望する額をいいます。

（限度は上限額）

（別紙３）

研究テーマ：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施機関名 | 研究サブテーマ | 実施内容 |
| ○○会社○○大学○○研究室 | ○○の開発 | ○○の実験○○のデータ取り |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（別紙４）

研究共同体の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 県内中小企業に「○」 | 所在地 | 研究担当者の所属・職氏名 | 提案額の内訳（千円） |
| (株)○○社 |  | 都道府県名 |  |  |
| (有)○○社 |  |  |  |  |
| ○○大学○○学部○○研究室（大学は研究室単位） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※中小企業のチェック欄については、県内中小企業に「○」を記載してください。

※中小企業のチェック欄については、事業実施主体に「◎」を記載してください。

※補助事業費総額の２／３以上を県内中小企業及び大学等研究機関及び医療機関が担当するようにしてください。

（別紙５）

研究共同体構成員の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 代表者名 |  |
| 資本金 | ※大企業が出資している場合は、企業名及び出資比率を記入のこと。 | 従業員数　　　　　　人 |
| 創業 |  | 研究員数　　　　　　人 |
| 参加団体 | ○○学会○○協会（主要５ヶ所以内を記入して下さい。） |
| 過去３年間参加研究会 | ○○研究会（主要５ヶ所以内を記入して下さい。） |

※１機関の概要に関する資料（パンフレット等）があれば、一緒に提出してください。

※２参加機関ごとに作成して下さい。

※３民間企業は、当該企業の決算書（直近３カ年分）を添付して下さい。

（別紙６）

総括研究代表者経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  氏 名 |  |  生 年 月 日 |  　 　年　月　日 　　 （ 歳） |
|  １．　所属・役職名 |
|  ２．　学位 〔授与機関〕 〔学　　位〕( 博士 ･ 修士 ･ 学士 ･ なし )←○印を付す。 〔取 得 年〕 〔専　　攻〕 |
|  ３．　経歴（企業経験を有する場合、経験年数が分かるように記載してください） |
|  ４．　産学官共同プロジェクト経歴（５件以内） （記入例） |
|  | プロジェクト名 | 年度 | 産学官 | 産学 | PL経験 |  |
| 1. ・・・・・・の研究
 |  | ○ |  | ○ |
| 1. ＊＊＊＊＊＊の研究開発
 |  |  | ○ |  |
| 1. ・
 |  |  |  |  |
| 1. ・
 |  |  |  |  |
| 1. ・
 |  |  |  |  |
|  |
| ５．当該研究開発に関連する主要論文、研究発表等（５件以内） |
|  ６．現在までに本人が発明者となっている特許リスト（５件以内） （記入例） |
|  |  特許登録番号 |  名　　　称 |  当該研究関連 |  |
|  ①＊＊＊ |  ＊＊＊装置 |  |
|  ②・・・ |  ・・・・の方法 |  ○ |
|  ③ ・ |  |  |
|  ④ ・ |  |  |
| 1. ・
 |  |  |
|  　　　 　　　　　　当該ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄに関する場合は○を記載 |

（別紙７）

臨床ニーズ等登録票

|  |
| --- |
| １．記載日平成　　　年　　　　月　　　日 |
|  ２．所属機関 |
|  ３．診療科・部署名 |
|  ４．職種 〔勤続年数〕 |
|  ５．氏名〔TEL〕〔FAX〕〔e-mail〕 |
|  ６．ニーズ名（CENSENETへの登録ニーズ名） |
| ７．ニーズ内容（CENSENETへの登録ニーズ内容） |

※大分大学医学部附属臨床医工学センターの運営するニーズ・シーズマッチングサイト「CENSENET」に未登録の場合については、併せてニーズ登録を行ってください。

（別紙８）

誓約書

　私は、下記の事項について誓約します。

　なお、大分県医療ロボット・機器産業協議会が必要な場合には、大分県警察本部に照会することについて承諾します。

　また、照会で確認された情報は、今後、私が、大分県医療ロボット・機器産業協議会と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

記

　１　自己又は自己の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

（１）暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）

第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

　（２）暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

　（３）暴力団員が役員となっている事業者

　（４）暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者

（５）暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を

締結している者

　（６）暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者

　（７）暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される

関係を有している者

　（８）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

　２　１の（１）から（８）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

年　　月　　日

大分県医療ロボット・機器産業協議会　　　殿

〔法人、団体にあっては事務所所在地〕

住　所

（ふりがな）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日　(男・女）

※大分県医療ロボット・機器産業協議会では、大分県暴力団排除条例に基づき、補助金交付事務から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。