様式２－１

　　年　　月　　日

大阪大学大学院医学系研究科・医学部附属病院

産学連携・クロスイノベーションイニシアティブ

　　　ディレクター　　　　藤　　　本　　　　　　　　　学　　　殿

　　　申請者：

　　　　　所属の名称

　　　　　所属教室等の長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　研究代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**実証研究・事業提案制度　令和５年度事業成果報告書**

１．事業課題の名称

２．事業の目的

３．研究組織（研究代表者・研究分担者の所属・職名・氏名・事業計画における役割を記載）

　連携するXII連携機関の名称

　研究代表者：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究代表者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |

　研究分担者等：（不足する場合は、行を増やしてください。XII連携機関所属の研究分担者も記載してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究分担者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |
| 研究分担者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |
| 研究分担者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |
| 研究分担者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |
| 研究分担者氏名 | 所属部局・専攻名 | 部署・教室名 | 役職 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
| 事業計画での役割 |  |

４．事業内容や手法

５．事業の成果

６．事業・研究期間

　　　　交付決定日（令和５年　　　月　　　日）　〜　　令和　　　年　　　　月　　　　日

７．研究費予算及び決算総額（様式２－２－A及び２－２－Bの決算報告書等にて詳細を記入すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度別予算 | 交付金額 | 予算執行金額 |
| 令和５年度 | 円 | 円 |
| 令和６年度 | 円 | 円 |
| 合計金額 | 円 | 円 |

８．連絡担当者

所属（部局・専攻・教室等）：

職名：

氏名：

電話：

E-mail：