様式１－１

　　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４年度事業申請書**

1．事業の課題名称

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）

　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 |  |

　連携機関名：

　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．事業の計画（事業の内容や手法）

５．事業による成果（申請時点で本事業により見込まれる成果を記載願います。）

６．事業・研究期間　（最長：令和５年７月３１日まで）

　　　　交付決定日（令和４年７月の予定）　から　　令和　　　年　　　月　　　日　まで

７．所要経費総額（様式１－２－A／Bの所要経費内訳書にて、年度別所要経費の詳細を記入すること。）

(注)

令和４年度分予算は年度内に全額執行のこと。

令和５年度分予算は研究終了日までに全額執行のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 年度別予算 | 所要経費 |
| 令和４年度 | 円 |
| 令和５年度 | 円 |
| 合計金額 | 円 |

※合計で１００万円を上限とし、令和４年度は７０万円以上の予算を計上すること。

８．連絡担当者

所属（部局・専攻・教室等）：

職名：

氏名：

電話：

E-mail：