

(宛先)

一般財団法人 イシダメディカル財団

申請者 所在地 〒

名称 (大学名)

〇〇大学大学院●●研究科

代表者名 石田 太郎

押印不要

メディカル革新研究助成金交付申請書

メディカル革新研究助成金交付要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

テーマ：〇〇に関する新規医療機器の開発

分類番号： 1 医療機器・システム開発（アプリ含む） ※別紙（第1号様式）参照

## 1 申請者の概要

(フリガナ)	イシダ タロウ
研究責任者名	石田 太郎
生年月日	年 月 日
所属	〇〇大学大学院●●研究科
役職	教授
連絡先	住所 〒
	電話番号 — —
	F A X — —
	E - m a i l
U R L	
共同研究者	※他研究室と共同研究する場合に記載してください。 ※本欄記載の共同研究者が要した旅費は助成対象となります。 〇〇大学大学院●●研究科 役職 氏名
経歴	(研究実績等を記入してください。)

2 助成対象経費の内訳（学内規定に準じてご記入ください）

費目		内訳	金額（千円）
直接経費	設備・備品費 〔直接経費の〕 （50%以下） （上限：1000千円）	〇〇分析装置（資産計上される物品等）	600
	材料・消耗品費	〇〇用試薬、〇〇用カラム（資産計上されない物品等）	400
	労務費・謝金	研究助成アルバイト	400
	旅費・交通費	学会発表	400
	その他費用	学会参加（※学内規程によっては旅費扱い）	200
間接経費 〔直接経費の〕 （30%以下） （上限：600千円）		内訳の記入不要	600
合計			2,600

3 申請テーマに関する申請者の実績

論文発表の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（「有」の場合、題名、全著者、掲載雑誌名、巻、年、ページを記載してください。） ※ 3件まで記載可 ※ 写しの提出不要
特許出願の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（「有」の場合、出願又は公開番号、名称、発明者名、を記載してください。） ※ 3件まで記載可 ※ 写しの提出不要

#### 4 申請テーマの概要

- (1) 申請テーマの概要を300文字以内で要約し、御記入ください。

(背景・現状、助成事業における目標などを簡潔に記載)

**300文字以内厳守**

- (2) 申請テーマの研究開発計画を300文字以内で要約し、御記入ください。

(研究開発計画を研究の流れが分かるように記載)

**300文字以内厳守**

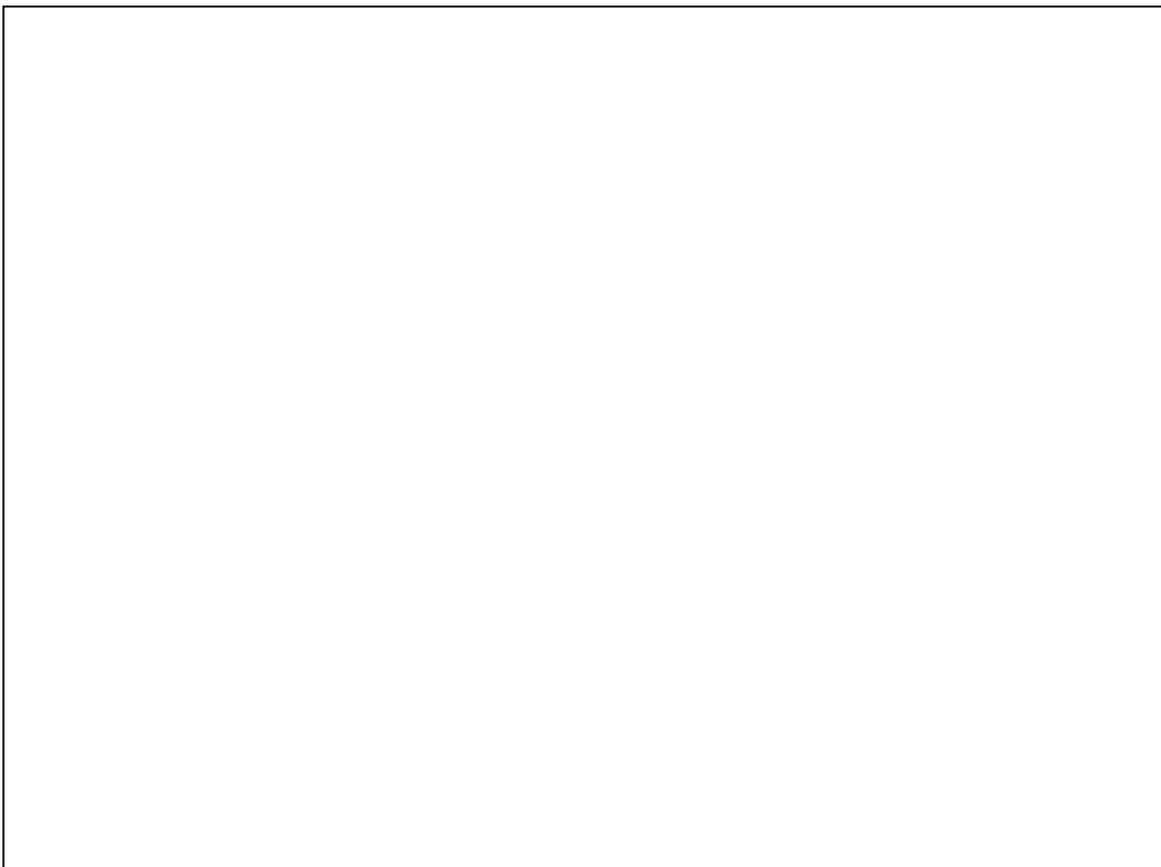
#### 5 申請テーマの詳細

- (1) 研究開発計画

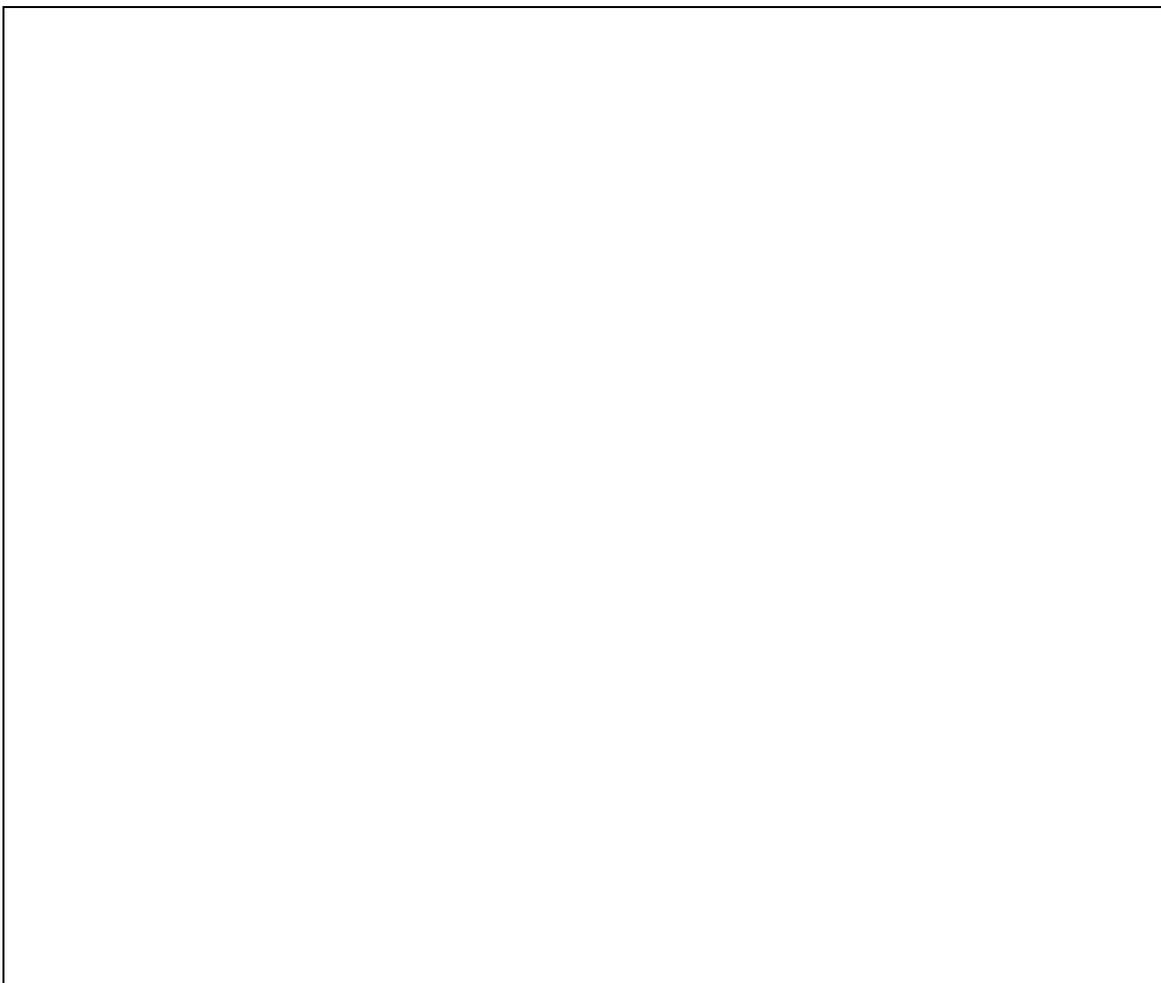
(今回の助成期間内における研究開発内容、「京都発革新的医療技術研究助成事業」からの進捗・スケジュール、想定される問題点について具体的に記載。図の貼り付け可。)

**「5 申請テーマ詳細」(1)～(5)は、  
合計5ページ以内に収まる範囲で記載してください。**

(2) 新規性及び優位性

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide details regarding the novelty and superiority of the research.

(3) 研究開発終了後の実用化に向けた計画

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to outline the plan for the practical application of the research after development is complete.

(4) 波及効果

(市場規模の拡大、シェアの獲得、雇用創出などについて想定される効果を記載)

(5) 改良ポイント

(「京都発革新的医療技術研究助成事業」より前進、改良、修正等した点を記載)

別紙（第1号様式）

分類一覧

助成事業申請書の分類記載欄について、以下からどちらか選択して御記入ください。

分類	（最も関連の深いものを1つ選んでください）
1	医療機器・システム開発（アプリ含む）
2	看護・介護・リハビリ・ヘルスケア
3	健康・医療データ