|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 | 事務局使用欄 | 受付年月日  　　年　　月　　日 |

**大阪大学　産学連携プロジェクト　MEET**

**2025年度　研究シーズ提案書**

（提出日）2025年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部局名  **(人事契約上の所属部局を記載)** |  | | |
| 講座・教室名 |  | | |
| 研究提案者　氏名  (院生は学年も括弧書き下さい) | 職名 | 氏　名  （ふりがな） | 提案者確認（レ点を記入） |
| 研究提案者連絡先 | Tel：　　 PHSその他ご本人に繋がりやすい番号を記載下さい  E-mail： | | |
| 所属研究室　責任者名 | 職名 | 氏名 | 責任者承認（レ点を記入） |
| 責任者連絡先  （提案者と同一の場合は省略可） | Tel：  E-mail： | | |

以下の通り、研究シーズを提案します。**（下表の各枠は、必要に応じて拡げて、全5ページ程度以内でご記入下さい）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **研究テーマ（研究課題）名** | | | | |
| **研究背景および提案内容** | | | | |
| **提案研究の論拠となる先行研究データ、エビデンス（本欄の記載は任意）** | | | | |
| **研究実施計画・達成目標（助成期間の1年間の具体的計画案、および研究開始から1年後の達成目標を記載）** | | | | |
| **学内研究協力者（必要に応じて、行を増やしてご記入下さい）** | | | | |
| (所属) | | (役職) | (氏名) | (役割) |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **ヒト試料の使用予定**(倫理審査必要)の有無 | 有　　　無 | | ※どちらかに☑ | |
| **研究業績リスト（最新あるいは代表的な業績を抜粋して記載）** | | | | |
| **論文コピー提出**(提案の研究に関するもので、かつ提案者が著者に含まれる論文がある場合のみ提出下さい)  　有　　　無　(最大2篇まで) | | | | |
| 選考過程における評価委員のコメントがあった場合、後日フィードバックを、  　希望する　　　希望しない　(コメントの送付は、採否連絡より時間を要することをご承知おきください) | | | | |