**九州大学 先端医療オープンイノベーションセンター橋渡研究推進部門**

**開発相談申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 太枠 の中のみご記入下さい | | | 記入日 | | 2020年 月　日 | |
| 所属名 | | |  | | | | | |
| 西日本アカデミアTRネットワーク（WAT-NeW）　　　　□加盟　　□非加盟 | | | | | | | | |
| 記入者 | | | 職名：  氏名： | | | | | |
| 連絡先 | | | 住所：〒 | | | | | |
| TEL： | | | FAX： | | |
| E-MAIL: | | | | | |
| 相談分野（該当するものに○をつけてください。複数可） | | | 1.知的財産　2.非臨床POC　3.産学連携　4.国際連携  5.申請書添削　6.共同研究提案 7.資金調達／事業化  8.英文校正　9.その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 開発キーワード | | |  | | | | | |
| 相談内容  （できるだけ具体的にご記入ください。現在の研究内容、開発相談に至った背景等も可能であればご記入ください。） | | |  | | | | | |
| 特記事項  （必要に応じてご記入下さい） | | |  | | | | | |
| ※事務局記入欄 | 担当者 | |  | シーズ区分 | | | |  |

連絡先：九州大学 先端医療オープンイノベーションセンター橋渡研究推進部門

　 　　 TEL:092-642-4802 FAX:092-642-4528

　　　　　　　　　　　　　　　　　 MAIL: nw-info@med.kyushu-u.ac.jp