**日本新薬（株）　パートナーシップに関するご提案**

提出日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 品目名 |  |
| 期待適応症 |  |
| 品目概要 | 特徴、作用機序、開発状況などをご入力ください。 |
| 関連特許 |  |
| 希望する提携形態 |  |
| 特記事項 | 特記事項があれば、ご記入ください。 |

＜留意事項＞

* 機密保持契約の締結が必要な機密情報は記入しないで下さい。
* 記入欄の大きさは改行により適宜ご変更ください。本書式に文字数制限はありません。複数頁にわたって記載いただいても結構です。
* 図表を含めたい場合は本書式に貼付するか、別途補足資料として添付してください。ただし、送付時の容量が合計で2 MB以下になるようお願いいたします。
* 添付いただく補足資料は、文献・特許・学会報告・他の競争的資金申請書・報告書など形式を問いませんが、非機密情報のみでお願いいたします。
* 記入して頂いた所属機関・所属住所・氏名などの個人を特定できる情報の取り扱いに関しては、日本新薬ウェブサイトの「プライバシーポリシー」をご参照ください。