**（様式１）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

一般社団法人Medical Excellence JAPAN　御中

**平成２９年度医療技術・サービス拠点化促進事業
（医療拠点化促進実証調査事業）にかかる補助事業**

**二次公募申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業類型と取組内容（〇を付ける） | ①　医療 |  ａ． |  ｂ． |
| ②　介護 |  |  |
| 対象国・地域 |  |
| コンソーシアム名 |  |
| 事業プロジェクト名 |  |
| 団体の代表者 | 企業・団体名 |  |
| 代表者役職・氏名 |  | 代表者印（または署名） |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 団体類型(〇を付ける) | 大企業（補助率１／２） | 中小企業（補助率２／３） |
| 事業者区分(〇を付ける) | 消費税課税事業者 | 消費税免税事業者 |
| 総括事業執行者（プロジェクトリーダー） | 氏名（ふりがな） |  |
| 所属部署名 |  |
| 役　　　職 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号（代表・直通） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

**（様式２）**

**平成２９年度医療技術・サービス拠点化促進事業（医療拠点化促進実証調査事業）**

**二次公募提案書**

Ａ．事業の背景と目的

Ａ－１．事業の概要（サマリー）

|  |
| --- |
| （事業の概要を１００字以内でご説明ください。） |

Ａ－２. 事業の背景

|  |
| --- |
| （事業を行うに至った背景、これまでの取組実績および課題認識をご説明ください。） |

Ａ－３．事業の目的

|  |
| --- |
| （課題解決にあたり、どのような事業を行い、どのような成果を出すのかについて、事業の目的、事業の現状、数年先も含めた全体像や進出国・地域の選定理由（例：市場規模や技術優位性等）などをご説明ください。） |

Ａ－４．事業の強み・訴求ポイント

|  |
| --- |
| （日本の医療・介護の国際展開として本公募事業を実施するうえでの強みや対象国等への訴求ポイントをご記入ください。） |

Ｂ．事業化イメージ

Ｂ－１．事業スキーム

|  |
| --- |
| （別添の「二次公募申請書類の作成要領」のＰ４～５に示す例に沿って、本公募事業期間によらず、最終的に考えておられる事業スキームをご説明ください。） |

Ｂ－２．コンソーシアムの事業化計画の詳細

|  |
| --- |
| （別添の「二次公募申請書類の作成要領」のＰ５に示す例に沿って、コンソーシアムとしての５年間程度の収支計画・資金調達の方法・スケジュール・具体的な現地パートナー候補および連携状況等をご説明ください。）（通貨単位は円建てとします） |

Ｃ．本公募事業の内容

Ｃ－１．本公募事業における取組内容

|  |
| --- |
| （本公募事業での具体的な取組内容（本公募事業実施期間内に達成する目的と具体的な実施内容、本公募事業をきっかけとして構築を目指す仕掛け・仕組み等）をご説明ください。）。 |

Ｃ－２．本公募事業実施スケジュール

|  |
| --- |
| （本公募事業の実施スケジュールをご説明ください。）。 |

Ｃ－３．本公募事業の成果物のイメージ

|  |
| --- |
| （報告書の目次案、成果物の具体的な内容をご説明ください。） |

Ｄ．本公募事業に期待される効果

Ｄ－１．事業の活用可能性

|  |
| --- |
| （本公募事業を通じて得られた成果、成果物がどのように活用できるのか、ご説明ください。） |

Ｄ－２．事業の波及効果

|  |
| --- |
| （本公募事業が社会や経済にもたらす波及効果（市場拡大への貢献等）をご説明ください。） |

Ｅ．実施体制

Ｅ－１．事業の全体像の実施体制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜表＞実施体制（コンソーシアム形式の場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 関係事業者（例） | 実施内容・役割 |
| コンソーシアム | 代表団体 | （Ａ社） |  |
| 委託先 | （Ｂ団体） |  |
| 委託先 | （Ｃ社） |  |
| 委託先 | （Ｄ社） |  |
| 協力団体 | ・・・・ |  |
| 協力団体 | 　・・・・ |  |

【体制図】（上記関係事業者の相互関係および本事業に従事する人員体制が分かるように記入してください。また可能な限り担当者名まで記入してください。）【コンソーシアム組成の背景】（上記関係事業者とコンソーシアムを組成するに至った背景、現在の調整状況を記入してください。）【特記事項】（既にコンソーシアムや協力団体との提携等の契約関係があれば記入してください。） |

Ｅ－２．本公募事業を円滑に遂行する上での強み

|  |
| --- |
| （これまでの関連する経済産業省及び他省庁等の事業等による実績やノウハウ、人的ネットワーク等をご説明ください。） |

Ｆ．特記事項

Ｆ－１．重複応募・重複事業参画の制限

|  |
| --- |
| （経済産業省または他省庁に係る類似性の高い事業を過去に実施していた、現在実施中または予定している場合、今回提案するプロジェクトとの役割分担や仕分けをご説明ください。） |

Ｆ－２．その他、本公募事業の実施にあたり特筆すべき事項があれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**（様式３）**

**平成２９年度医療技術・サービス拠点化促進事業（医療拠点化促進実証調査事業）**

**予算額書**

**別添のエクセルファイルにご記入ください。**

　**（様式４－１）**

**代表団体の概要（１）**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  | URL | http:// |
| 本社住所 | 〒 |
| 設 立 年 月 | 西暦　　　　年　　月 | 資本金 | 円 |
| 従 業 員 数 | 人 |  |
| 団体・企業の沿革： |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 主要役員（非常勤は役職の前に○印を記す） | 氏　 名 | 年令 | 役職名 | 担当部門 | 学 歴 ・ 略 歴 |
|  | 歳 |  |  |  |
|  |  歳 |  |  |  |
|  |  歳 |  |  |  |
|  |  歳 |  |  |  |
|  |  歳 |  |  |  |
|  |  歳 |  |  |  |
| 主　要　株　主 | 株　　主　　名 | 持株数 | 構成比（％） | 貴社との関係 |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
| 関 連 企 業 | 主要外注先又は仕入先 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　**（様式４－１）**

**代表団体の概要（２）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　期項目 | 前々期末/　期 | 前期末/　期 | 今期末（見込み）/　期 |
| 従業員数（人） |  |  |  |
| 売上高（当期収入合計：円） |  |  |  |
| 経常利益（当期収入合計－当期支出合計：円） |  |  |  |
| 当期利益（円） |  |  |  |
| 減価償却費（円） |  |  |  |
| 繰越利益（時期繰越収益差額：円） |  |  |  |
| 研究開発費（円） |  |  |  |

※「繰越利益」に関して、財団法人等、損益科目が上記科目に該当しない法人は、（　）内の数字を記載してください。

**（様式４－２）**

**コンソーシアム概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 代表者氏名 |   |
| 設立趣旨 |  |
| 設立年月 | 西暦 　　　年　　　月 | 参加団体・企業・地方公共団体数 |  |
| 参加団体等の名称 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 事業構築・実施に係るコンソーシアム外連携・協力団体等の名称 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**（様式４－３）**

**事業責任者・プロジェクトリーダー・サブリーダー経歴書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業責任者 | 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| ①所属・役職名　　 |
| ②連絡先 | e-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |
| ③職歴・経歴 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 総括事業執行者（プロジェクトリーダー） | 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| ①所属・役職名　　 |
| ②連絡先 | e-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |
| ③職歴・経歴 |
| ④プロジェクトリーダーが行っている現在の業務と本公募事業への専従度合い（おおよその費やす時間割合） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 副総括事業執行者（サブリーダー） | 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| ①所属・役職名　　 |
| ②連絡先 | e-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |
| ③職歴・経歴 |
| ④サブリーダーが行っている現在の業務と本公募事業への専従度合い（おおよその費やす時間割合） |

**（様式４－４）**

**事務管理責任者経歴書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務管理責任者 | 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| ①所属・役職名　　 |
| ②連絡先 | e-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |
| ③職歴・経歴 |
| ④事務管理責任者が行っている現在の業務と本公募事業への専従度合い（おおよその費やす時間割合） |

※プロジェクトリーダー、サブリーダー、事務管理責任者の代理として、本公募事業にかかわる諸連絡に対応する窓口担当者を置く場合は、以下に記載してください。

（事業の実施担当者等、本公募事業の内容や事務手続き等を十分理解して対応できる方を置いてください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡窓口担当者 | 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| ①所属・役職名　　 |
| ②連絡先 | e-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |
| ③現在の業務と本公募事業への専従度合い（おおよその費やす時間割合） |

**（様式４－５）**

**参加団体の概要（１）**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  | URL | http:// |
| 本社住所 | 〒 |
| 設 立 年 月 | 西暦　　　　年　　月 | 資本金 | 円 |
| 従 業 員 数 | 人 |  |
| 団体・企業の沿革： |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 主要役員（非常勤は役職の前に○印を記す） | 氏　 名 | 年令 | 役職名 | 担当部門 | 学 歴 ・ 略 歴 |
|  | 才 |  |  |  |
|  |  才 |  |  |  |
|  |  才 |  |  |  |
|  |  才 |  |  |  |
|  |  才 |  |  |  |
|  |  才 |  |  |  |
| 主　要　株　主 | 株　　主　　名 | 持株数 | 構成比（％） | 貴社との関係 |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
|  |  | ％ |  |
| 関 連 企 業 | 主要外注先又は仕入先 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**（様式４－５）**

**参加団体の概要（２）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　期項目 | 前々期末/　期 | 前期末/　期 | 今期末（見込み）/　期 |
| 従業員数（人） |  |  |  |
| 売上高（当期収入合計：円） |  |  |  |
| 経常利益（当期収入合計－当期支出合計：円） |  |  |  |
| 当期利益（円） |  |  |  |
| 減価償却費（円） |  |  |  |
| 繰越利益（時期繰越収益差額：円） |  |  |  |
| 研究開発費（円） |  |  |  |

※「繰越利益」に関して、財団法人等、損益科目が上記科目に該当しない法人は、（　）内の数字を記載してください。

**（様式５）**

**申　請　受　理　票**

平成29年 月　　日

申請者

　　代表団体名

　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　コンソーシアム名

一般社団法人Medical Excellence JAPAN

平成２９年度医療技術・サービス拠点化促進事業（医療拠点化促進実証調査事業）

の二次公募に関する応募書類を受領いたしました。

※申請受理票は、申請書、提案書を受理したことを証明する書類です。申請者は、代表団体名、代表者役職・氏名、コンソーシアム名を記入の上、応募書類と一緒にご提出ください。

※本票は、Medical Excellence JAPANより、申請者に返送します。