平成２７年度　中小企業向けトライアル支援事業申請書

（申請年月日） 年　　月　　日

イノベーション推進機構長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | No. | 受付年月日 | 平成　年　月　日 |
| 氏名  所属・職名 | 氏名  所属・職名  連絡先　TEL：　　　　　　　　　　　　　E-mail： | | | | |
| 研究課題名 |  | | | | |
| タイプ | 一般支援タイプ　　　（共同研究費20万円以上）  　事業化促進支援タイプ（共同研究費40万円以上）  ＊上記いずれかに✓を付してください。 | | | | |
| 研究期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 | | | | |
| 企業等名称 |  | | | | |
| 申請金額 | 円  (一般支援ﾀｲﾌﾟ:上限20万円、事業化促進支援ﾀｲﾌﾟ:上限40万円) | | | | |
| 研究の概要 | （研究の目的・内容、またこれまでの成果について簡潔に記述してください。） | | | | |
| 期待される成果  事業化の見込み | （知的財産の創出、企業等における実用化等の可能性について簡潔に記述してください。特に事業化促進支援タイプを希望の方は、3年以内における事業化・商品化の見込みについて具体的に記述してください。） | | | | |

◇支出内訳（申請金額の使用計画を費目別にご記入下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 原材料費 | 円 |
| 人件費 | 円 |
| 旅費 | 円 |
| 外注費 | 円 |
| その他( 　 　 ) | 円 |
| 合　計 | 円 |

※　支援経費につきましては、年度末までの予算執行となりますので、ご承諾の上、申請をお願いいたします。