様式１

年　　月　　日

川崎医科大学　大学発ベンチャー支援申請書

川崎医科大学　学長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

会　社　名：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　㊞

所　在　地：

連　絡　先：（℡、e-mail等）

関係する教職員

所　属・職　名：

氏　名：　　　　　　　　㊞

　　下記のとおり、大学発ベンチャーに係る支援を申請します。なお、支援をご許可いただいた上は、本規定及び川崎医科大学が定める諸規則及び法令を遵守することを誓約いたします。

記

１．支援希望内容

（1）大学発ベンチャーの称号：「川崎医科大学発ベンチャー」又は「川崎学園発ベンチャー」

　□希望無

□希望有

（2）本学施設・設備の使用

□希望無

□希望有

（3）本学が所有する知的財産権、ノウハウ等の使用に関する優遇措置

□希望無

□希望有（内容、知的財産名称等）

（4）本学施設・設備の使用期間中の限り、登記住所を本学所在地とする。

□希望無

□希望有

（5）その他の希望

２．支援期間（最長２年を限度）

　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

３．添付書類

（1）履歴事項全部証明書

（2）定款

（3）会社概要

（4）事業計画

（5）利用する知的財産権、研究成果の概要

（6）その他学長が指定した資料等

４．付帯事項

（1）「１．支援希望」に記載する希望事項は、別紙を添付可能とします。ただし、審査の結果、希望に

　　添えない場合もありますので予めご承知おきください。

（2）本規程により、大学発ベンチャーの支援を受けたことにより生じた損失、損害については、本学はいかなる責任も負わないものとします。

様式２

年　　月　　日

川崎医科大学　大学発ベンチャー支援決定申請書

　　　　　　殿

川　崎　医　科　大　学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　長　　　　　　　　　㊞

　 年　　月　　日付けで申請のありました、川崎医科大学　大学発ベンチャー支援申請書

につきましては、下記のとおり支援の可否を決定しましたので通知します。

記

１．支援の可否

□支援決定

　□不支援

２．支援決定の内容：

３．不支援となった理由

以上

様式３

年　　月　　日

川崎医科大学　大学発ベンチャー事業報告

川崎医科大学　学長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

会　社　名：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　㊞

所　在　地：

連　絡　先：（℡、e-mail等）

　　川崎医科大学発ベンチャー支援に関する規程により、下記のとおり事業報告をいたします。

記

提出書類

１．事業報告書

２．収支決算書

３．その他