

# お問い合わせフォーム

お名前 (必須)	
ご所属 (必須)	
ご住所	
電話 (必須)	
E-mail (必須)	
シーズ名称	
対象疾患	
標的分子	
シーズの内容・現状等 (具体的に記載して下さい) (必須)	
特許出願の状況についてお聞かせください (出願公開または特許権を取得されている場合は公報番号を記載して下さい)	
どのようなご支援を希望されますか? (必須)	
その他、ご要望があれば記載して下さい	