**申込先：公益財団法人 神戸医療産業都市推進機構　クラスター推進センター 行**

**E-mail: kiki-plat@fbri.org**

**医療機器事業化促進**　**相談申込書**

提出日：(日付を選択してください)

|  |  |
| --- | --- |
| **申し込み区分**（該当区分をチェックしてください） | [ ] 　①薬事戦略 　　　　 [ ] 　②開発戦略　　　　　[ ] 　③臨床評価[ ] 　④販路開拓　　 　　 [ ] 　⑤業許可 　　　　　[ ]  ⑥ニーズ探索[ ] 　⑦その他 （　　　） |
| **企業・団体名** |   |
| **部署名** | 　 |
| **担当者名** | 　 |
| **連絡先** | TEL：　E-mail：　 |

|  |  |
| --- | --- |
| **相談タイトル** | 　 |
| **一般的名称****または製品名** | 　 |
| **希望アドバイザー** | 　 |
| **相談内容**(必要に応じて資料を添付してください) | 　 |

＜事務使用欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 備　考 |  |
| 受付番号 |  | 受付日 |  |