**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 医療機器グループ　行**

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

　　医療機器開発支援／グローバル戦略実務支援

**相談申込書**

提出日：(日付を選択してください)

相談申込に際し、以下の免責事項、禁止事項及び注意事項をご確認お願いします。

■免責事項

・申し込まれた相談（以下、「本相談」）には、神戸医療産業都市推進機構の外部アドバイザー及び／又は

コーディネーターが対応いたします。

・本相談において、提供される情報又は助言等は、その時点において提供できる最良のものでありますが、

それら情報又は助言の正確性の確認については、相談申込者の責任にてお願いします。

その後の外部環境の変化により状況が変わる可能性があることをあらかじめご了承ください。

・提供された情報又は助言を採用した結果、不利益を被る事態が生じたとしても、外部アドバイザー及び

コーディネーターは何ら責任を負うものではありません。

■禁止事項

・本相談の内容に関する録画、録音、撮影、画面キャプチャ機能の利用等は一切禁止いたします。

■注意事項

・コンサルタント又は他の支援機関コーディネーターの申込・同席はご遠慮ください。

上記をご確認いただいた上で、相談に申込みいただく場合、下部の「同意しました」にチェックを入れたうえで、  
下表に相談内容の記載をお願いします。

同意しました。

|  |  |
| --- | --- |
| **申し込み区分**  （該当区分をチェックしてください） | **■医療機器開発支援相談**  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（　　　）  **■グローバル戦略実務支援**  ①海外事業戦略　　　□②情報発信　　　　□③海外展示会出展戦略  □④契約　　　　　　　□⑤補助金　　　　　□⑥その他 |
| **企業・団体名** |  |
| **部署名** |  |
| **担当者名** |  |
| **連絡先** | TEL：　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

|  |  |
| --- | --- |
| **相談希望日時**  （複数記載してください） | （例）●月△日　◇時から■時の間  ※ただし、アドバイザーの都合により日程を調整させていただくことがあります。 |
| **相談希望形式** | □対面　　　□オンライン　　※ただし、ご希望に沿えない場合があります。 |
| **希望アドバイザー** |  |
| **相談タイトル** |  |
| **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 |  |