**提出先：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**　**相談議事録**

提出日：（日付を選択してください）

|  |  |
| --- | --- |
| **日時** |  年 月 日（ ）　 時 分　～　 時 分 |
| **企業・団体名** |   |
| **担当者名** |   |
| **連絡先** | TEL: E-mail:  |
| **相談タイトル** |  |
| **相談内容・助言** |  |
| **アドバイザー****コメント欄**（アドバイザーが記入します） |  |

確認済：　 年　 月　 日