**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 |  |