

申込日	H31年 月 日
-----	----------

**医療機器等事業化促進プラットフォーム相談申込書**

宛先 神戸医療産業都市推進機構 医療機器等事業化促進プラットフォーム事務局 担当:藤木・渡邊 行  
 ファクシミリ:078-306-0752 e-mail:kiki-plat@fbri.org

申し込み区分 ※	①市場調査 ②薬事/特許 ③マッチング ④事業資金 ⑤試作/実験 ⑥販路開拓 ⑦トレーニング ⑧出口戦略 ※ (希望する区分を丸で囲む)
申し込み区分 その他(上記該当なし)	
会社名	
部署名	
相談者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	
連絡先e-mail	
プラットフォームを 知ったきっかけ	機構HP ・ パンフレット ・ イベント 他社からの紹介(企業名: ) * 差支えない程度で結構です。

相談タイトル	
一般的名称 又は製品名	
希望アドバイザー	
相談内容  (必要に応じ別紙資料を添付してください)	

ここから下は、記入しないでください。

備考			
PF受付番号		チェック	