

申込日	H 年 月 日
-----	---------

(別紙様式)

医療機器サポートプラザ相談申込書

宛先 先端医療振興財団 クラスタ推進センター 医療機器サポートプラザ 行
 ファクシミリ：078-306-0752 e-mail：supportplaza@fbri.org

申し込み区分 ※	薬 事 ・ マッチング ・ 創 薬 知的財産 ・ その他 (希望する区分を丸で囲む)
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	
サポートプラザを知ったきっかけ	財団 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	
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	
受付番号	チェック

※薬事については、木曜日の午前実施。それ以外は、担当者と調整のうえ実施日時を決定。

(留意事項) 記載要領は、相談実施要領を参照してください。

※企業情報の取り扱いについて

当プラザは企業情報を下記の目的に限って利用させていただきます。

なお、下記の目的以外に利用する場合は、その都度ご同意をいただくものとします。

- 1.医療分野に関連したセミナーや交流会のご案内。
- 2.サービス向上に関する施策検討のためのアンケート調査の実施。
- 3.企業様からのお問合せへのご回答などの業務の遂行。