**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: liaison@fbri.org**

**相談申込書＜一次申込＞**

提出日：(日付を選択してください)

|  |  |
| --- | --- |
| **領域** | ①創薬　　②再生医療・遺伝子治療　　③医療機器　　④ヘルスケア　⑤その他（　　　） |
| **申し込み区分**  （該当区分をチェックしてください） | ①治験申込・相談　　②共同研究・開発　③開発品の評価研究  ④開発品への感想・意見が聞きたい　⑤ニーズ確認・ヒアリング  ⑥その他（　　　） |
| **企業・機関 名** |  |
| **部署名** |  |
| **担当者名** |  |
| **連絡先** | TEL：　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

|  |  |
| --- | --- |
| **相談タイトル** |  |
| **一般的名称**  **または製品名** |  |
| **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 |  |