**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 |  |