**『ドイツ市場を対象としたフィジビリティスタディ支援プログラム』 参加申込書**

**ご提出先：**

(公財）神戸医療産業都市推進機構　クラスター推進センター 医療機器グループ

電話番号　078-306-0719　　　メールアドレス　[kiki-plat@fbri.org](mailto:kiki-plat@fbri.org)

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者名  （事業者名） | |  | |
| 住　所 | | 〒　　　　－ | |
| 担  当  者 | 部署名 |  | |
| 役職名 |  | |
| 名前 |  | |
| 連絡先 | 電話　　　　　－　　　　　　－ | 携帯　　　　　－　　　　　　－ |
| E-Mail | |
| 応募資格  □にチェック | | 1. 次のいずれかの条件を満たす企業   神戸医療産業都市に拠点を設置している企業  神戸医療産業都市に拠点の設置を予定している企業  神戸市内に本社または主たる事業所を設置している企業 | |
| 1. 調査対象としての製品・サービス（医療機器、ヘルスケア）を有する企業   有する  ※製品・サービスについてご記載ください。 | |