**『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

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。 |