**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 医療機器グループ 行**

**E-mail:kiki-plat@fbri.org**

**【グローバル戦略実務支援プログラム 通年コース 参加申込書】**

参加申込に際し、以下の免責事項、禁止事項及び注意事項をご確認お願いします。

■免責事項

・申し込まれたプログラム（以下、「本プログラム」）には、神戸医療産業都市推進機構の外部アドバイザーが対応いたします。

・本プログラムにおいて、提供される情報又は助言等は、その時点において提供できる最良のものでありますが、

それら情報又は助言の正確性の確認については、申込者の責任にてお願いします。

その後の外部環境の変化により状況が変わる可能性があることをあらかじめご了承ください。

・提供された情報又は助言を採用した結果、不利益を被る事態が生じたとしても、外部アドバイザー及び

神戸医療産業都市推進機構は何ら責任を負うものではありません。

■禁止事項

・本プログラムの内容に関する録画、録音、撮影、画面キャプチャ機能の利用等は一切禁止いたします。

■注意事項

・コンサルタント又は他の支援機関コーディネーターの申込・同席はご遠慮ください。

上記をご確認いただいた上で、申込みいただく場合、下部の「同意しました」にチェックを入れたうえで、  
下表にご記入ください。

同意しました。

申込日：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企　業　名 | |  |
| 担当者 | 部署名 |  |
| 名　前 |  |
| 連絡先 | 電話： |
| E-Mail： |
| 区分※ | | 神戸医療産業都市進出企業  神戸市に本社または主要拠点を有する企業 |
| このプログラムに  期待すること | |  |

注意：※がある項目については、該当する□にチェックをお願いします