**ひろしまヘルスケア実証フィールド**

**ご利用申込書**

■会社情報

太枠内に記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 御社名 |  | 代表者名 |  |
| ふりがな  |  | 部署名・役職 |  |
| 担当者名  |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

■実証プロジェクト情報

|  |  |
| --- | --- |
| ジャンル |  　　　治　験　　・　　医　療　　・　　福　祉　　（いずれかに○） |
| 実証テーマ(製品名) | 　 |
| 用途 | 　 |
| 事業化段階 | 企　画　　　・　　　設計／試作　　　・　　　評　価　　　　・薬事承認申請　　　・　　　販売済　　　　　　（いずれかに○） |
| 想定する対象者・使用環境 | 　 |
| 他社製品との優位点 | 　 |
| 現在の課題 |   |
| 実証内容 | 　○実証により知りたいこと，得たい成果，希望する医療機関・福祉施設のタイプなど，どのような実証を行いたいのか，できる限り具体的に記入してください。 |
| 希望期間 | 　R　　　年　　　月頃　　～　　R　　　年　　　月頃　まで |
| PL保険加入の有無 | 　　有　　・　　無　　（どちらかに○） |
| その他特記事項 | 　 |

■事務局使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 担当CD |  |
| 方針 |  |