令和７(2025)年度次世代型医療福祉機器開発促進事業

拡大連携マッチング事業　技術シーズ提案申込書

申込日：令和７（2025）年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **会社名** |  | | | |
| **所在地** |  | | | |
| **代表者** | 役職 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| **連絡担当者** | 所属・役職 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| TEL |  | | |
| e-mail |  | | |
| **従業員数** | 名 | | **資本金** | 万円 |
| **医療機器産業**  **への参入状況**  **（該当に○）** | ・医療機器の製造販売で参入済【　】  ・部品供給等で参入済　　　　【　】  ・現在は参入していない　　　【　】 | | **業許可の**  **取得状況**  **（該当に○）** | ・医療機器製造販売業【　】  ・医療機器製造業　　【　】  ・業許可未取得　　　【　】  ・その他（　　　　　　　） |
| **技術シーズ①** | 技術シーズ名：○○○○ | | | |
| **発表を希望**  **する大学** | 【　】足利大学看護学部　　【　】国際医療福祉大学  【　】自治医科大学　　　　【　】獨協医科大学  ※提案を希望する大学に「○」を付けてください。 | | | |
| **技術シーズ②** | 技術シーズ名：○○○○ | | | |
| **発表を希望**  **する大学** | 【　】足利大学看護学部　　【　】国際医療福祉大学  【　】自治医科大学　　　　【　】獨協医科大学  ※提案を希望する大学に「○」を付けてください。 | | | |