## **現地ニーズを踏まえた海外向け医療機器開発支援　＜申請書＞**

**申請者の概要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ企　業　名 |  | 代表者名㊞　 |
| 登　記　上所　在　地 | 〒 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 本社所在地 | 〒 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 主たる連絡先所在地 | 〒 | ＴＥＬ（携帯） | ※日中に必ず連絡が取れる連絡先 |
| ＦＡＸ |  |
| フリガナ連絡担当者 |  | 部署（役職） |  |
| ＵＲＬ |  | Ｅ-mail |  |
| 事業開始（予定含む） | 創　　業　：　　 　年　　月　　日法人設立　：　　　 年　　月　　日 | 創業年数 | 　　年　月 | 　年　　月　　日　　　　現在 |
| 資本金出資金 | 千円(うち大企業からの出資　　　　　千円) | 役員数 | 常　勤　　人・非常勤　　　人・計　　　人 |
| 従業員数 | 正社員　　人・非正社員　　人・計　　　人 |
| 業種 |  | 主要製品 |  | 事業概要 |  |
| 医療機器　業許可区分 | ／　取得年：　　　　　年 |
| 東京都医工連携ＨＵＢ機構の会員登録（東京都中小企業振興公社の医療機器産業参入促進支援事業の会員を含む） | 　□あり　□なし |
| 直近年間売上高 | 主要取引先 | 所在地 | 取引金額 | 取引年数 |
| １ |  |  |  | 千円 |  |
| ２ |  |  |  | 千円 |  |
| ３ |  |  |  | 千円 |  |
| その他 |  |  | 千円 |  |
| 合計 |  |  | 千円 |  |
| 上記以外の事業所 | 種別 | 所在地 | 備　考 |
| 事務所 |  |  |
| 工場 |  |  |
| その他（研究所） |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望者 | フリガナ氏名 | （　　歳） | 部署・役職 |  |
| 担当職務 |  |
| 所在地 | 〒 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ-mail |  | 社歴 |  | 業界歴 |  |

【記入上の注意事項】　※ 記入枠は必要に応じて、拡大・縮小してください（別紙添付も可）。

　　　　　　　　　　　※ 記入枠内の斜め文字は記入の参考ですので、削除後にご記入ください。

１　自社の技術・製品の強み

|  |
| --- |
| １－１　技術・製品等 |
| *※技術、製品、ノウハウ、人材、設備などをアピールしてください（必要に応じて、図表等を用い使い分かりやすくご記入ください）* |
| １－２　都や国等公的機関からの表彰・採択実績（概ね過去３年間） |
|  |

２　これまでの医療機器開発・製造等の実績

|  |
| --- |
|  |

３　これまでの海外展開の取組

|  |
| --- |
| ３－１　海外展開実績 |
| *※実績がある場合のみ、どのような製品を、どこの国に、どのような形で展開（あるいは予定）かご記入ください* |
| ３－２　海外展開に関する公的機関の支援施策等の利用実績（概ね過去３年間） |
|  |

４　今後の海外展開について

|  |
| --- |
| ４－１　現在計画している海外展開製品・ビジネスモデル |
| *※どのような製品を、どこの国に、どのような形で展開予定かご記入ください* |
| ４－２　海外展開に際しての開発・製造・販売（貿易含む）・法規制対応等の推進体制 |
| *※必要に応じて、図表等を用い使い分かりやすくご記入ください* |

５　本事業に期待すること

|  |
| --- |
| ５－１　本事業の参加によりどのような知識・スキルを身に付けたいか |
|  |
| ５－２　本事業の利用を通じて企業として何を達成したいか |
|  |

６　都及び公社支援施策の利用実績

（概ね過去３年間の医工連携・医療機器関係の事業を中心に記載ください）

|  |
| --- |
|  |