|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 代表者の職・氏名 |  | | |
| 担当者の職・氏名 |  | | |
| TEL |  | FAX |  |
| 担当者E-mail |  | | |

宮崎県メディカルバレー推進事業認定申請書

※連絡先は、申請の窓口になられる方の連絡先を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　申請事業の名称 |  |
| ２　開発製品の概要   1. 開発の経緯 |  |
| 1. 製品の特徴 |  |
| 1. 市場性 |  |
| 1. 自社の優位性、   戦略 |  |
| 1. 課題等 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面へ）

３　開発スケジュール

（５箇年以内のスケジュールを具体的に示してください。）

４　補助金申請等について

(1)「令和６年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援補助金」の活用を検討されている場合

　は、活用したい内容を記載してください。

(2)(1)以外の補助金を活用している（又は活用を検討している）場合は、補助事業の名称及

　び募集者名、活用等の内容について記載してください。

(3)過去に(1)の補助金を活用された場合は、その内容及び成果を記載してください。

※できるだけ裏表１枚以内で作成してください。