|  |
| --- |
| 宛　先：大分県医療ロボット・機器産業協議会　徳丸宛ＦＡＸ：０９７－５０６－１７５３e-mail：tokumaru-kiyohisa@pref.oita.lg.jp |

|  |
| --- |
| **医療関連機器開発個別相談会　エントリーシート** |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 |
| 企業名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 相談者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 面談希望時間 | （　）９：３０～　　（　）１０：３０～　　（　）１１：３０～ |

**相談内容**

|  |
| --- |
| 【ご相談対象の製品等】※相談したい製品の概要（製品名、内容等を記載して下さい。） |
| 【ご相談内容の分類（当てはまるものすべてに○）】（　）製品が医療機器に該当するのか、どのクラスに該当するのか知りたい（　）医療現場のニーズを把握する方法を知りたい（　）薬事申請の進め方（クラス分類、申請準備、治験）等について知りたい（　）製品等の概略・イメージや事業計画等について客観的に評価して欲しい（　）ＱＭＳ（品質マネジメントシステム）体制の構築について相談したい（　）特許戦略（先行特許調査、技術の保護　等）について確認したい（　）その他（カスタマーサービス、医療機器業界の動向　など） |
| 【具体的なご相談内容（自由記述）】 |
| 【現在の取組状況】（　）市場探索段階（今後開発する製品等の概略・イメージを検討している段階）（　）基本設計段階（製品等のおおよその設計が出来上がっている段階）（　）試作段階　　（製品の基本性能の確認が出来ている段階）（　）検証段階　　（医療現場等で実際に適用し、改良・改善を行っている段階）（　）薬事申請段階（薬事申請に向けた治験や申請書類作成を行っている段階）（　）供給段階　　（既に製品を販売している段階） |

※本情報は、大分県医療ロボット・機器産業協議会における支援業務にのみ使用します。