令和　　年　　月　　日

別紙

東京都産業労働局長殿

**「医療機器開発海外展開人材育成プログラム」参加申込書**

下記のとおり、医療機器開発海外展開人材育成プログラムへ参加申込みします。

|  |  |
| --- | --- |
| 1企業名 |  |
| 2 従業員数 |  | 3 資本金 |  |
| 4 所在地 | 〒 |
| 5 業種 |  |
| 6 業許可の有無（複数回答可） | □医療機器製造業□医療機器製造販売業□医療機器販売業・貸与業□医療機器修理業□業許可なし |
| 7 主要製品 |  |
| 8 申込者名　（フリガナ） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 9 申込者年齢 |  | 10 部署・役職 |  |
| 11 社歴 |  | 12 業界歴　※ |  |
| 13 TEL |  | 14 FAX |  |
| 15 E-mail |  |
| 16 参加の目的(200字以内) |  |

* 「12 業界歴」は、医療機器関連産業に携わった年数をご記入下さい。