平成　　年　　月　　日

東京都医工連携ＨＵＢ機構　御中

**「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 所在地 | 〒 |
| 3 業種 |  |
| 4 申込者名　（フリガナ） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 5 申込者年齢 |  | 6 部署・役職 |  |
| 7 社歴 |  | 8 業界歴　※ |  |
| 9 TEL |  | 10 FAX |  |
| 11 E-mail |  |
| 12 参加の目的(200字以内) |  |

* 「8　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。