

医療イノベーション埼玉ネットワーク参加登録申込書

分類 (□に✓印)	☐ 企業 ☐ 大学・研究機関 ☐ 医療機関 ☐ 支援機関 ☐ その他 ()			
企業／機関名*				
本社等所在地*				
担当者	住所	〒		
	部署名*			
	役職・氏名			
	電話*			
	FAX			
	メール			
URL*				
企業(機関)PR*				
企業の場合は以下もご記入ください。				
従業員数*				
業種*				
主要製品*				
医療関連産業*	☐ 参入済 ☐ 未参入 (具体的な製品名等:)			
業許可の状況*	医薬品	☐ 製造販売業第1種	☐ 製造販売業第2種	☐ 製造業
	医療機器	☐ 製造販売業第1種	☐ 製造販売業第2種	
		☐ 製造販売業第3種	☐ 製造業	
	医薬部外品	☐ 製造販売業	☐ 製造業	
	化粧品	☐ 製造販売業	☐ 製造業	
キックオフ交流会(11月5日、詳細は裏面参照) (懇親会にご参加の方は1人1,000円をいただきます)				
	役職名	氏名	交流会参加	懇親会参加
1			☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
2			☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない

※ ご記入いただいた情報は、事務局4者で共有し、ネットワークの運営と関連情報のご案内に活用させていただきます。また*を付した項目については、連携先を探すための参考情報として活用いただくことを目的として、登録名簿を作成し、登録者に配布いたします。

■お問い合わせ先・申込先(事務局)

埼玉県 産業労働部 産業支援課 先端産業担当

T E L 048-830-3737 F A X 048-830-4813

E-mail a3770-08@pref.saitama.lg.jp

U R L <http://www.pref.saitama.lg.jp/page/misn.html>