## **現地ニーズを踏まえた海外向け医療機器開発支援　＜申請書＞**

**申請者の概要**提出日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ企　業　名 |  | 代表者名㊞　 |
| 登　記　上所　在　地 | 〒 | 電話番号 |  |
| 本社所在地 | 〒 | 電話番号 |  |
| 主たる連絡先所在地 | 〒 | 電話番号（携帯） | ※日中に必ず連絡が取れる連絡先 |
| フリガナ連絡担当者 | ※参加希望者と同じ場合は、記載不要です。 | 部署（役職） |  |
| ＵＲＬ |  | Ｅメール |  |
| 事業開始（予定含む） | 創　　業　：　　 　年　　月　　日法人設立　：　　　 年　　月　　日 | 創業年数 | 　　年　月 | 　年　　月　　日　　　　現在 |
| 資本金出資金 | 千円(うち大企業からの出資　　　　　千円) | 役員数 | 常　勤　　人・非常勤　　　人・計　　　人 |
| 従業員数 | 正社員　　人・非正社員　　人・計　　　人 |
| 業種 |  | 主要製品 |  | 事業概要 |  |
| 医療機器　業許可区分 | ／　取得年：　　　　　年 |
| 東京都医工連携ＨＵＢ機構の会員登録（東京都中小企業振興公社の医療機器産業参入促進支援事業の会員を含む） | 　□あり　□なし |
| 直近年間売上高 | 主要取引先 | 所在地 | 取引金額 | 取引年数 |
| １ |  |  |  | 千円 |  |
| ２ |  |  |  | 千円 |  |
| ３ |  |  |  | 千円 |  |
| その他 |  |  | 千円 |  |
| 合計 |  |  | 千円 |  |
| 上記以外の事業所 | 種別 | 所在地 | 備　考 |
| 事務所 |  |  |
| 工場 |  |  |
| その他（研究所） |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望者 | フリガナ氏名 | （　　歳） | 部署・役職 |  |
| 担当職務 |  |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 |  |
| Ｅメール |  | 社歴 |  | 業界歴 |  |

【記入上の注意事項】　※ 記入枠は必要に応じて、拡大・縮小してください（別紙添付も可）。

　　　　　　　　　　　※ 記入枠内の斜め文字は記入の参考ですので、削除後にご記入ください。

　　　　　　　　　　　※ 必要に応じて、図表等を用い、分かりやすくご記入ください。

**１　自社の技術・製品の強み**

|  |
| --- |
| **１－１　技術・製品等** |
| *※技術、製品、ノウハウ、人材、設備などをアピールしてください。* |
| **１－２　都や国等公的機関からの表彰・採択実績（概ね過去３年間）** |
| *※実績がある場合のみ、ご記入ください。* |

**２　これまでの医療機器開発・製造等の実績**

|  |
| --- |
| *※実績がない場合は、今後の医療機器開発・製造計画やビジネスモデルをご記入ください。* |

**３　これまでの海外展開の取組**

|  |
| --- |
| **３－１　海外展開実績** |
| *※実績がある場合のみ、どのような製品を、どこの国に、**どのような形で展開しているかご記入ください。* |
| **３－２　海外展開に関する公的機関の支援施策等の利用実績（概ね過去３年間）** |
| *※実績がある場合のみ、ご記入ください。* |

**４　今後の海外展開について**

|  |
| --- |
| **４－１　現在計画している海外展開製品・ビジネスモデル** |
| *※実績がある場合、それを踏まえた内容でご記入ください。**※実績がない場合でも、どのような製品を、どこの国に、**どのような形で展開したいと考えているかご記入ください。* |
| **４－２　海外展開に際しての開発・製造・販売（貿易含む）・法規制対応等の推進体制** |
| *※現段階の想定でかまいませんので、ご記入ください。* |

**５　本事業に期待すること**

|  |
| --- |
| **５－１　本事業の参加により習得したい知識・スキルの内容** |
|  |
| **５－２　本事業の利用を通じて企業として達成したいこと** |
|  |
| **５－３　本事業の現地視察において、視察を希望する病院又は診療科、ヒアリングを希望する職種、意見交換を****行いたい現地法人、政府機関等** |
| *※希望がある場合のみ、ご記入ください。**なお、必ずしもご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご承知おきください。**参考：令和6年度成果報告書*[*https://smedo.metro.tokyo.lg.jp/file/pdf/r6\_smedo\_achievement-report.pdf*](https://smedo.metro.tokyo.lg.jp/file/pdf/r6_smedo_achievement-report.pdf) |

**６　東京都及び東京都中小企業振興公社支援施策の利用実績**

**（概ね過去３年間の医工連携・医療機器関係の事業を中心に記載してください。）**

|  |
| --- |
| *※実績がある場合のみ、ご記入ください。* |

※確認事項

本事業は、東京都が主催しており、都内ものづくり中小企業等がこれらの国を実際に訪問し、現地の医療関係者の真のニーズを把握し医療機器開発に活かすとともに、市場攻略等のためのネットワークづくりを行うことを目的としております。やむを得ない場合を除き、募集要項に記載の事前・事後を含む全てのプログラム、決定された現地視察スケジュールへの参加を徹底いただくよう、お願いいたします。また、自社製品及び技術等に関する商談はプログラム内容には含まれませんので、あらかじめご了承願います。

上記を理解の上、参加することに同意される方は、以下にチェックをお願いいたします。

[ ] 　本事業の目的及び内容を理解し、全てのプログラム、現地視察スケジュールへの参加に同意する。