様式（３）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和　　年　　月　　日 |

**医療機器分野個別相談会　相談票**

宛先　**（公財）ふじのくに医療城下町推進機構　ファルマバレーセンター**　担当　梧桐・角田行き

（FAX：055-980-6320　E-mail：m.goto@fuji-pvc.jp ・ y.kakuta@fuji-pvc.jp）

|  |
| --- |
| （会社名） |
| （所在地） |
| （部署名） |
| （担当者名）　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　）（FAX　　　　　　　　　　　） |
| （担当者E-mail）  |
| ご希望時間帯 | （状況によりご希望に添えない場合がありますが、10:30～15:00の間の1時間をご指定ください。） |
| 相談件名 |  |
| 相談内容（内容によっては事前に調査致しますので具体的にご記入下さい） |  |
| 検討結果：（記入しないでください。） |