一般財団法人ヘルステック共創振興財団
事務局　宛
〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町 14-7　TB 小伝馬町ビル 7 階
電話：03-3527-3789　　FAX（03-3527-3790）　　E-mail：info@htcf.or.jp

医療機器紹介パートナーシップ制度　申込書

当社は上記パートナーシップ制度について、趣旨を理解し申込を行います。	**申込確認チェック　□**

ご記入日：　20　　年　　月　　日

アンケート欄へのご記入をお願いいたします

	アンケート項目	回答欄
1	企業情報	
	貴社名	
	本社所在地	
	代表者名	
	部門/部署名	
	ご担当者様名	
	ご担当者様連絡先（Tel/E-mail）	Tel：　　E-mail：
	担当部門所在地（本社所在地と異なる場合）	
	貴社ホームページ URL	
	従業員数/事業拠点数	約　　名 /　　箇所
2	許可・登録業態	□医療機器製造販売業　□第一種　□第二種　□第三種
		□医療機器販売業　□高度管理　□管理　□一般
3	ご紹介を希望される機器の分野をご記載ください。	診療分野等
4	ご質問などございましたら、ご記載ください。	

【登録有効期間について】

有効期間は登録日から 1 年間とし、有効期間満了の 1 か月前までに書面による更新の申し出があった場合は、申込書の再提出を要せず自動的に更新されるものといたします。

以上、ご記入いただいた内容を確認、登録後、ご担当者様に登録完了のご案内（登録確認書）をお送りさせていただきます。なお、登録に際し、アンケート内容についてお問い合わせをさせていていただくことがございますことを予めご了承願います。