|  |
| --- |
| 『医療現場での製品評価』応募申込書 |

記入日　令和　　年　　月　　日

（あて先）

公益財団法人埼玉県産業振興公社

理　事　長　神　田　文　男

 　　　　　　　　 応　募　者 郵便番号

住　　　所

企　業　名　　　　　　　　　　　　　印代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者　　職名・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

◆**評価を希望する製品についての概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（仮称でも可） |  |
| 製品カテゴリー※該当のものを〇で囲んでください | **１．医療機器** | **→１の場合に選択　　クラス該当：　I　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　不明** |
| **２．病院設備　　３．病院用品　　４．その他の医療施設機器　　５．介護・福祉機器　　　６.その他** |
| 製品の開発段階※該当のものを〇で囲んでください | **１．コンセプト設計　　　２．試作品（機能試作）　　　３．試作品（製品化済・販売開始前）****４．販売開始済（改良検討）　　　　　５．その他（状況を記入：　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 薬事準備状況※該当のものがある場合〇で囲んでください | **１．申請準備中　　２．申請中　　３．承認（認証・届出）済　　４．対象外　　　５．その他** |
| 想定ユーザー(使用者・操作者) |  |
| 使用対象者・部位(患者像・疾患名) |  |
| 使用目的 |  |
| 想定される使用状況 |  |
| 使用方法 |  |
| 特徴等※詳細(写真等)は別紙でも可 |  |
| 製品化後の展開※販路など、現状想定しているものがあればご記入ください |  |

**◆評価内容についての希望等**

|  |  |
| --- | --- |
| 評価の目的・評価結果の活用法※該当のものを〇で囲んでください | **１．開発に活用　２．試作品に反映　３．製品化時に反映　４．製品改良時に反映　５．その他** |
| 上記選択肢に関して、内容を詳しくご記入ください |
| 想定する評価者 | 【職種】【診療科】【人数】など具体的にお決まりでしたらご記入ください |
| 希望する評価内容※該当のものを〇で囲んで下さい（複数選択可） | **１．コンセプトについて　　２．機能・性能について　　　３．使い方・使い勝手について****４．デザインについて　　５．市場性（価格、他製品との比較等）について　　　６．その他** |
| 上記選択肢に関して、追記事項があればご記入ください。検証したい仮説等あれば具体的にご記載ください。 |
| 希望する期間 | 例）○月頃までに |

以上

記載にあたって不明点等ございましたら公社　担当までお問い合わせください。