

様式第3-1号

年 月 日

みやざき成長産業育成貸付対象確認願（東九州メディカルバレー分野用）

住 所
名 称
代表者
電 話 （ ） -

印

みやざき成長産業育成貸付（東九州メディカルバレー分野）の利用を希望するため、当該貸付の対象に該当する旨の確認をお願いします。

借入希望額 _____ 千円

借入目的 _____

上記については、みやざき成長産業育成貸付（東九州メディカルバレー分野）に係る下記の対象に該当する旨を確認しました。

（融資対象者）

東九州メディカルバレー構想に資する医療用機械器具、医療用品等の製造を行う中小企業者及び組合

年 月 日

宮崎県食品・メディカル産業推進室長

印