

(様式1)

医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金計画書

令和7年 月 日

宮崎県知事 殿

所在地：
名称：
代表者職・氏名：
管理者職・氏名：
電話：
FAX：
E-mail：

このことについて、別添の事業計画書及び収支予算書のとおり提出します。

(様式2)

事業計画書

事業概要	
実施期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
実施内容	(1) 開発等（開発・改良等）の内容 （開発する機器等の内容を具体的に記載してください。また、医療機器として該当が想定される場合は、想定されるクラスを記載してください。） (2) 新規性・独自性 （新規性や独自性について具体的に記載してください。）

	(3) 市場性 (病院・施設等で普及させるためにどのような販路開拓を行っていくのか、販売見込みも踏まえて記載してください。) (4) 開発機器・製品の実現性 (事業実施に必要な自社の技術力、社内体制等を記載してください。)
--	---

	(5) 連携体制 (大学や医療機関等の外部機関との連携があれば、連携機関・連携内容について記載してください。) (6) 販路開拓の実効性 (病院・施設等で普及させるためにどのような販路開拓を行っていくのか、販売見込みも踏まえて記載してください。)
--	---

(別紙)

令和 7 年度 の 取 組 スケジュール						
(今年度の実施内容等について詳しく記載してください。)						
・ 実施時期については→で表記してください。						
	実施内容	実施時期 (令和 7 年度)				
		11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1						
2						
3						
4						
5						

(様式3)

役員一覧表

役職	氏名	フリガナ（半角）	生年月日 （元号にて記載）	性別
例）代表取締役	宮崎 太郎	ミヤザキ タロウ	昭和51年1月1日	男

※ 記載された個人情報については、「医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金」における審査のために使用し、その他の目的のためには一切使用しません。

- 1. この内容を宮崎県が宮崎県警察本部に照会することについて異議ありません。
- 2. 虚偽の記載等を行った場合には、補助金の交付取消等がなされても異存ありません。

令和7年 月 日

住 所

名 称

代表者職・氏名