健都におけるヘルスケア分野の事業者連携実証推進事業　地域事業者等応募様式（１／２）

■地域事業者等情報

ふりがな		ふりがな	
事業者名称		代表者氏名	
所在地	〒		
事業概要			

■地域事業者等の課題・ニーズ／希望する実証事業内容

課題 ニーズ 希望分野 【必須】	※あなたが実証に協力したいと思う分野や技術を記載してください。 例：「認知症予防」「高齢者の健康維持」「従業員の健康管理に活用できる技術」
想定参加者 【任意】	※実証事業に当たって、人数や年齢層、性別等、想定される参加者の情報を記載してください。
提供設備等 【任意】	※実証事業の実施にあたり、あなたが提供できる設備・機材や、協力できることを記載してください。 例：「当団体の施設（約○㎡）を会場として利用可」「地域住民ら○名がフォローしている *SNS* アカウントで広報をします」
その他 【任意】	※実証事業の実施にあたり、留意すべきことや希望することがあれば記載してください。 例：「実証事業は８月以降の平日を希望します」

■担当者・連絡先

ふりがな		電話番号	
担当者氏名		メールアドレス	
住所 （書類等送付先）	〒		

健都におけるヘルスケア分野の事業者連携実証推進事業　地域事業者等応募様式（２／２）

■確認事項

HP への掲載	応募いただいた情報は、地域事業者等と実証希望企業とのマッチングのために利用・掲載（大阪府ホームページ上で不特定多数が閲覧可能な状態で公開）されます。以下の項目のうち、**ホームページへの掲載に同意いただける項目について、チェックをお願いします**。 □ 事業者名称　□ 代表者氏名　□ 所在地　□ 事業概要 □ 課題・ニーズ・希望分野　□ 想定参加者　□ 提供設備等　□ その他 □ 担当者氏名　□ 電話番号　□ メールアドレス　□ 住所 ※同意を撤回又は変更する場合は、大阪府ライフサイエンス産業課までご連絡ください。
連絡先の提供	企業から大阪府に対して実証事業に関する問い合わせがあった場合、貴社の連絡先を当該企業に提供することについて、該当するものにチェックをお願いします。 □ 全て提供可 □ 一部提供可　⇒ 提供可能なものに〇　（　）：担当者氏名　（　）：電話番号 （　）：メールアドレス　（　）：住所 ※〇の無い項目については、その都度提供可否を確認します □ その都度提供可否を確認してほしい
留意事項	以下について、その内容に同意いただける場合はチェックをお願いします。但し、すべての項目にチェックが無い場合は、大阪府でのマッチング支援は致しかねますので、ご了承ください。 □ 法人等の代表者又は役員のほか、従業員・職員、株主、経営・運営に実質的に関与する者のいずれもが、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当するものがいないことを、現在および将来にわたって確約します。 □ 本マッチング及び実証事業に関連して発生した事故、トラブル、損害、その他一切の事象について、大阪府が責任を負わないことに同意します。 ※実証事業の実施に当たっては、実証事業を実施する企業に対して、厚生労働省が示す医学研究に関する指針など各種関係法令・倫理指針等を遵守し、必要な手続きを適切に行うことを求めてください。