

## 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 実証事業希望調査票（1 / 2）

### ■ 企業情報

	ふりがな			
	会社・団体名			
	代表者氏名			
	所在地	〒		
企業概要	設立年	年	資本金	万円
	従業員数	人	URL	
	事業概要			

### ■ 希望する実証事業の概要

テーマ	
実証事業内容	<p>(検証内容、プロセス、手法、手段等、実証事業の内容を詳細にご記入ください)</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※参考となる資料等があれば一緒にご提出ください</p>
期間・時期	(実証事業を実施する時期や必要な期間等をご記入ください)
希望地域事業者等	(実証事業を受け入れる地域事業者等の希望があれば記載してください 例：高齢者施設)
希望人数等	(実証に参加する人数や年齢層など希望があれば記載してください)
設備等	(実証事業の実施に当たり、地域事業者等から提供を希望する設備等があれば記載してください)
安全性	(実証事業の実施に当たり、安全性や安全対策に対する考え方を記載してください)
その他	(実証事業の実施に当たり、留意事項等あれば記載してください)

## 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 実証事業希望調査票（2 / 2）

### ■ 担当者

ふりがな		役職・所属	
担当者氏名		電話番号	
メールアドレス			
共同参画者	（複数の法人等が連携して実施する場合、参画するすべての法人・団体等の名称をご記入ください）		

### ■ 確認事項

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ないことを、現在および将来にわたって確約します。
- 本実証事業に当たっては、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います。
- 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。
- 地域事業者等と実証希望企業とのマッチングのために、当該調査票のうち、「企業情報」及び「希望する実証事業の概要」を地域事業者等に提供することに同意します。