

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5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：

F A X：

E - m a i l：

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。

事業計画書

事業名	
実施期間	令和5年 月 日から令和 年 月 日まで
事業内容等	<p>(1)事業概要 (事業の全体像、特徴などの概要を記載してください。)</p> <p>(2)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。)</p>

(3)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。)

(4)市場性

(開発機器・製品のニーズ、市場動向、見込まれる市場規模等具体的に記載してください。)

(5)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。)

(6)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。)

(7)販路開拓の実効性

(市場に対してどのようなPR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。)

