平成30年度

ヘルスケア産業育成支援事業

ＨＯＳＰＥＸ ＪＡＰＡＮ 2018出展企業

募　集　要　項

○お問い合わせ先および募集案内のダウンロードについて

|  |
| --- |
| 公益財団法人えひめ産業振興財団　産業振興部　産学官連携推進課  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：逢阪・重松  　　　〒791-1101　松山市久米窪田町337-1  　　　TEL　089-960-1100  　　　FAX　089-960-1105 |
| 本募集案内及び様式は、以下のホームページからダウンロードできます。  　　　http://www.ehime-iinet.or.jp/product\_development/1184 |

○受付期間

|  |
| --- |
| 平成30年6月29日（金）～平成30年７月31日（火）　※17時必着 |

公益財団法人えひめ産業振興財団

目　　　　次

１　目的　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

２　応募対象者　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

３　支援内容　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

４　応募方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

５　支援対象企業の決定方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

６　その他の注意事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

　７　事業の流れ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

様式第１号　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４

１　目的

当財団では、医療機器等に関連した製品・技術の開発に取り組み、この分野において新規事業展開を計画している県内企業を対象に、平成30年11月20日から22日に東京都で開催される「ＨＯＳＰＥＸ ＪＡＰＡＮ 2018」への出展を支援することにより、新規販路の開拓をお手伝いします。

この事業により、県内企業個々の収益性の向上と社員の方々の処遇改善につながることを期待しています。

２　応募対象者

　　県内に事業所を有する中小企業者とします。

* 「中小企業者」とは、「中小企業の新たな事業活動の促進に関する法律」第２条第１項各号に掲げる会社又は個人のうち、次のいずれかに該当しない者をいいます。
  1. 発行済株式の総数又は出資金額の２分の１以上が同一の大企業（中小企業新事業活動促進法第２条第１項各号に掲げる者以外のものをいう。）又はその役員の所有に属している者
  2. 発行済株式の総数又は出資金額の全額が複数の大企業又はその役員の所有に属している者

３　支援内容

「ＨＯＳＰＥＸ ＪＡＰＡＮ 2018」に設けた当財団のブース内（床面積：27m2）に御社の製品・技術を展示します。

|  |
| --- |
| ＨＯＳＰＥＸ ＪＡＰＡＮ 2018について |
| 1. 開催趣旨　医療関係者が多く来場する展示会で、医療従事者・メーカー・ユーザーとの技術相談・商談のための展示会です。 2. 開催期間　平成30年11月20日（火）～平成30年11月22日（木） 3. 開催場所　東京ビッグサイト（東京都江東区有明） |

* 本事業において、当財団が費用負担するのはブース小間料のみです。出展物の輸送費、現地渡航費、展示に必要な什器類などは自己負担となります。
* スペースに限りがあるため、展示物を制限させていただく場合があります。

４　応募方法

希望される方は、応募申込書に必要事項をご記入のうえ、受付期間内に提出してください。

|  |
| --- |
| 【提出書類】   1. 応募申込書（様式第１号：正本１部） 2. 定款、登記事項証明書、直近３期分の決算書（各写し１部）（注）   　※個人の場合は除く。 |

　　　　注）WEBサイトへの情報掲載のみを希望される方は、②の提出は必要ありません。

５　支援対象企業の決定方法

　　出展する製品・技術の新規性、市場性等を総合的に審査したうえで、支援対象企業を決定します。

|  |
| --- |
| 【審査方法】  応募申込書等の提出書類を基に、当財団が指定した審査委員により審査をします。審査項目は以下のとおりです。  ①新規性・独自性  ②市場性  　　面接審査は行わず、提出書類のみで審査します。ただし、必要に応じてヒアリング調査を行う場合がありますので、ご了承ください。 |

６　その他の注意事項

1. 応募された書類等は返却しませんので、予めご了承ください。
2. 応募内容については、法人名（氏名）、テーマ、概要など必要最小限度の範囲で公表することに同意したものとみなします。
3. 上記(2)以外の応募内容の詳細について、秘密は厳守いたしますが、特別なノウハウや技術等については、応募者自身の責任において、産業財産権の出願など法的措置を講じてください。
4. 応募にかかる一切の費用については、応募者自身の負担とさせていただきます。
5. 同一内容で、他の補助金や助成金等の交付と重複する可能性がある場合は、事前に相談してください。

８　事業の流れ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 応募書類の提出 |  | 月　　日  　　　　～7月31日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査委員による書類審査 |  | 8月上旬 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援対象企業の決定・通知 |  | 8月中旬 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出展準備 |  | ９月～１１月 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出　　展 |  | １１月２０日  ～１１月２２日 |

* 上記の流れは、応募状況等により変更になる場合があります。

様式第１号

公益財団法人えひめ産業振興財団

　理 事 長　　　大塚　岩男　様

住　　所　○○市○○町○番地○

法人名等　○○○○株式会社

代表者名　代表取締役　○○○○　　㊞

医療機器関連製品販路開拓支援事業応募申込書

　　次のとおり医療機器関連製品販路開拓支援事業に応募いたします。

記

１　出展する製品・技術等の名称

　　　○○○○○○○○

２　出展する製品・技術等の概要

　　　別紙のとおり

３　実施体制

　　　別紙のとおり

４　応募者の概要

　　　別紙のとおり

１　出展する製品・技術等の概要 別紙（様式第１号関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 製品・技術　提案シート | | | | |
|  | | | | |
| 技術ニーズ領域 | □①情報分野 | | □②精密加工(金属／樹脂)分野 | |
| □③機械・電子制御分野 | | □④新機能材料(紙／ゴム／炭素繊維) | |
| ふりがな |  | | | |
| 企業名 |  | | | |
| 出展する製品・  技術等の名称 |  | | | |
| 製品・技術の内容 | ※新規性や市場性についても記述してください。  ※コンテスト等での受賞歴があれば記載してください。  ※写真や図については別紙で添付してください。 | | | |
| 医療機器開発 参入状況 | ※現在過去問わず参入の実績等あれば記載（福祉機器開発も含む）。 | | | |
| 連携している機関 | ※大学、病院、医師個人など、提案技術・商品に関して連携や相談を行っている相手があれば記載 | | | |
| 医療機器開発 許認可状況 | ※ISO(９００１，１４００１，１３４８５)、医療機器製造業許可など記載。取得予定等あれば記載。 | | | |
| 主要設備 | ※クリーンルーム、３Ｄプリンター等 | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡担当者 |  | 所属部署・役職 | |  |
|  |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  |
| 電子メール【必須】 | ＠ | | | |
| ホームページＵＲＬ | http:// | | | |
| 従業員数 |  | 資本金 | |  |

※追加する詳細資料がある場合はＡ４版で提出してください。

２　実施体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 役　職 | 氏　名 | 連絡先 |
| 責任者 |  |  | TEL  E-mail |
| 担当者 |  |  | TEL  E-mail |
|  |  | TEL  E-mail |

３　応募者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | 創　業 |  |
| 資本金 |  | 従業員 |  |
| 売上高 |  | | |
| 事業内容 |  | | |
| 過去の展示会等への出展状況 |  | | |