（様式３）

高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援申請書

令和 年　月　日

高知県知事　様

所在地

企業名　　　　　　 　　　　代表者役職・氏名

下記の事業について、高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクトの支援を申し込みます。

記

１．企業概要

２．開発を目指している製品・サービスの概要

３．関係機関（連携企業、高等教育機関、金融機関、ベンチャーキャピタル　等）

４．製品・サービス化に向けた課題

５．高知県内で実施したいこと

６．希望する支援内容

＜連絡先＞

担当者名

電話番号

Fax

E-mail