|  |  |
| --- | --- |
| 企業（事業者）名 |  |
| 事務所の住所 | 〒 |
| ご担当者の役職・氏名 | 役職氏名 |
| 電話・ＦＡＸ | 電話ＦＡＸ |
| メールアドレス |  |
| ➄話を聞きたい事項、レクチャーを受けたい事項、アドバイスをもらいたい事項等について、右記欄にご記入ください。 | ※介護関連製品の開発に関するアイデアをお持ちである、製品開発等に取り組まれている事業者様は、概要等についてもご記入ください。 |
| アドバイス回数 | １回　　２回　　３回　　※希望する回数を〇で囲んでください。 |



**下記参加申込書に記入の上、メール又はＦＡＸでお申し込みください。**

**メール** sozoka@pref.aomori.lg.jp

**（メールされる際、右記の件名で送付ください。「申込(介護関連製品の開発に向けたコンサルティング）」**

**ＦＡＸ　０１７－７３４－８１１５**

 **介護関連製品の開発に向けたコンサルティング事業　参加申込書**