

## 医療系オープンイノベーションプログラム入会申請書

令和 年 月 日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

申請者 機関等名

代表者名

オープンイノベーションプログラム会員規約第4条により、以下のとおりプログラムへの入会を申請します。

入会者	所属	
	役職	
	氏名	
	連絡先	電話：
E-mail：		
会員期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
プログラムへの期待	<p>以下あてはまるものにチェックください。</p> <input type="checkbox"/> 医療現場でのニーズ探索 <input type="checkbox"/> 研究計画サポート <input type="checkbox"/> 研究者・専門家・関係起業へのマッチング <input type="checkbox"/> 教育プログラムへの参加 <input type="checkbox"/> 交流会・相談会への参加 <input type="checkbox"/> 法人住所登記 <input type="checkbox"/> 起業コンサルティングと支援 <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> バイオバンク <input type="checkbox"/> デジタルバンク <input type="checkbox"/> オフィスもしくはラボの使用 <input type="checkbox"/> 共同研究 <input type="checkbox"/> その他 *自由記入；	