

応募申込書

平成27年 月 日

必要事項をご記入のうえ、『地域資源活用型医薬品等販路開拓支援事業』事務局まで郵送・FAX・Emailのいずれかでお申込みください。なお、応募申込書に記載された情報は適切に管理し、本事業の実施のためにのみ利用することとし、法令に定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、目的外利用することや第三者に提供することはありません。

I 事業主体の概要 ※会社概要に関するパンフレット等があれば添付してください。

事業者名			
所在地	〒 -		
担当者名 (所属・役職)		連絡先	TEL
			FAX
URL			E-mail
従業員数	名	年間売上高	百万円 (年度)
主要事業		商品アイテム数	
過去に類似の支援を受けた事がありますか? 有(内容:)・無			

II 対象商品について ※商品に関するパンフレット等があれば添付してください。

商品名		商品のリニューアル予定	有(時期:)・無
該当する商品種類に○印を付けて下さい。 ①医薬品 ②医薬部外品 ③化粧品 ④食品 ⑤薬用植物活用商品 ⑥その他()			
地域資源の内容	地域資源の産地(三重県内()・県外())		
商品概要			
商品ターゲット			
開発動機			
市場性・成長性			
対象商品の売上額	円/月・年	現在の主な販路	
対象商品の売上個数	円/月・年		
開発開始時期	平成 年 月	商品化時期	平成 年 月 日
貴社が認識している 販路開拓・販売促進の 課題			

III 事業展開のイメージ

売上目標額		千円	事業予算		千円	販促予算		千円
販路開拓・販路促進に関与する人数	名 ※マーケティング担当 有(名)・無							
本事業に対する意気込み								
連携先県内事業者 ※県外事業者の方は必須								
希望する支援内容								
開拓希望販路	①通販(自社・他社) ②小売店 ③薬局 ④病院 ⑤老人福祉施設 ⑥その他()							

IV 特記事項 ※事務局へのご連絡やご質問がございましたら、ご記入下さい。