|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | **締切：2023年9月25日** | | |
| E-mail | amirt.ris@ml.med.tottori-u.ac.jp | |  | |  |  |
| FAX | 0859-38-6746 | |  | | 事務局使用欄： |  |
| 鳥取大学医学部附属病院　新規医療研究推進センター　行 | | |  | | 受付日： |  |
|  |  | |  | | 受付番号： |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | |
| **令和５年度　医工ぜ！とりだいＳｔａｒｔｕｐ　ＥＸＰＯ**  **出展内容・自社ブースＰＲ文章** | | | | | | |
| 来場者（特に医師、看護師、医療従事者等）向けの「来場ブース案内書」を作成し、事前配布を予定しております。つきましては、出展内容や自社ブースのPR文のご提出にご協力ください。  （例　出展品、出展内容、来場者にアピールしたいモノや自社のPRなど）  ご提出日2023年　　 月 　 日 | | | | | | |
| 御社名・団体名 | |  | | | | |
| ご担当者  の氏名 | |  | | | | |

ご出展内容他自社ブースのPR文章（150字以内）をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

【ご注意】

ご提出は、メール、もしくはＦＡＸでお願いいたします。ただし、写真はメールに添付してご提出ください。なお、掲載可能な写真は１枚までです。