|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **申込締切：2022年2月28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： |  |
|  |  |  |  |  |
| **医療機器開発人材育成共学講座** |
| **『令和３年　企業展示会 in とりだい病院』** |
| 申込日2022年　　月 　 日 |
| 御社名 |  |
| ご住所 | 〒　　　－　　　　　 |
|  |
|  |
| 責任者 | （フリガナ） |
| 役　職　　　　　　　　　　氏　名 |
| ご担当者 | 氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 部署 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
|  |  |
| 基礎小間 | １小間　（Ｗ１８００×Ｄ１８００×Ｈ２１００（予定）） |
| 商用電源 | 不要　・　必要（ＡＣ１００Ｖ　　 　　Ｗ） |
| 出展内容 | ※貴社製品・展示内容をご記入ください。出展する展示会に〇印してください。（　医工連携展示・　医療機器メーカー展示） |
| 備考 | ※ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。※荷物搬入時に車両を建物近くに停められる場合は、車両情報をご記入ください。　（例　トヨタ カローラ ブラック 鳥取あ530 1234） |

【ご注意】搬入、搬出等、出展にかかる費用については各社でご負担願います。

　　　　　展示会当日の販売・勧誘行為はご遠慮ください。

　　　　　本展示会の目的に沿わない場合は、出展をご遠慮いただく場合がございます。