|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | **申込締切：2019年10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１年　企業展示会 in 鳥大病院』** | | | | | | | | | |
| 申込日2019年10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） | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |
| 備考 | | ※ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。 | | | | | | | |

【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。