|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | **申込締切：2023年2月24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４年度　医工ぜ！とりだいＳｔａｒｔｕｐ　ＥＸＰＯ**  **（旧名　企業展示会 in とりだい病院）**  **出展申込書** | | | | | | | | | |
| 申込日2023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　（Ｗ２５００×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。  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） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 車両情報 | | ※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） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 備考 | | ※ご希望・質問等ございましたらお書き添えください。 | | | | | | | |

**裏面に続く**

|  |  |
| --- | --- |
| 荷物の  受取・発送 | 荷物の発送に宅配業者を利用しますか？   * はい　　　　　□　いいえ |
| ※以下、上記質問で「はい」を選ばれた方にお尋ねします。  荷物の受取はご自身でされますか？   * はい　　　　　□　新規医療研究推進センターに代理を依頼する |
| 展示会終了後、荷物の発送はご自身でされますか？   * はい　　　　　□　新規医療研究推進センターに代理を依頼する |
| プレゼン  タイム | 出展企業・団体の皆さまのPRのため、プレゼンタイムを設け、各会場のモニター放映、及びYoutubeなどで配信いたします。**ご希望のプレゼン方法をお選びください**。  ※プレゼン時間は、１社４分以内でお願いします。  ※もし、プレゼンタイムをご希望されない方はお申し出ください。 |
| □　事前にプレゼン動画を提供する  □　当日、スタジオでプレゼンする  □　プレゼンタイムの参加を希望しない |

【ご注意】[募集要項](https://kyogaku.net/news/r4_toridaiexpo_reception/)をよく読み、ご出展の準備をお願いします。

　　　　　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あります。