|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | **申込締切：2025年2月14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： | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **第４回 医工ぜ！とりだいＳｔａｒｔｕｐ　ＥＸＰＯ**  **出展申込書** | | | | | | | | | |
| 申込日2023年 月 日 | | | | | | | | | |
| 御社名 | |  | | | | | | | |
| ご住所  ※運営費負担金の請求書などの送付先 | | 〒 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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 | | ※使用する機材の電力の合計をご記入ください。使用しない場合は“０”を記入してください。  ＡＣ１００Ｖ－６０Ｈｚ　　　　　　　Ｗ | | | | | | | |
| 出展エリア | | ※出展する展示エリアに◯印をしてください。  医工連携展示エリア ・　医療機器製品展示エリア　・　屋外エリア | | | | | | | |
| 出展内容 | | ※貴社製品・展示内容をご記入ください。 | | | | | | | |
| 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**

|  |  |
| --- | --- |
| 出展要項 | 出展要項をご一読ください。内容を確認できましたら、以下の□にチェックを入れてください。  □　内容を確認した |
| 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？  □　自身で受け取る　　　　　　　　□　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？  □　自身で発送する　　　　　　　　□　新規医療研究推進センターに代理を依頼する |

【ご注意】

* 出展要項をよく読み、ご出展の準備をお願いします。出展要項は下記URLにアクセスください。

URL　 https://kyogaku.net/doclist/?Cate=startup-expo

* 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。