|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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。