

申込締切：2025年2月14日

E-mail amirt.ris@ml.med.tottori-u.ac.jp

F A X 0859-38-6746

鳥取大学医学部附属病院 新規医療研究推進センター 行

事務局使用欄：

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	役職	(フリガナ) 氏名	
ご担当者	氏名	(フリガナ)	
	部署		
	T E L		F A X
	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止められる場合は、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	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 内容を確認した</p>
荷物の受取・発送	<p>荷物の発送に宅配業者を利用しますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※以下、上記質問で「はい」を選ばれた方にお尋ねします。</p> <p>荷物の受取はご自身でされますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自身で受け取る <input type="checkbox"/> 新規医療研究推進センターに代理を依頼する</p> <p>展示会終了後、荷物の発送はご自身でされますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自身で発送する <input type="checkbox"/> 新規医療研究推進センターに代理を依頼する</p>

【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。