信州メディカル産業振興会事務局　御中

**医療機器製品・部品メーカーによる技術シーズ展示会 ２０１７**

開催日　2017年12月12日（火）～ 13日（水）

**【出展申込書】**

**申込期限　平成29年9月8日（金）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出品者（法人名） | |  | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 信州メディカル産業振興会 | | （どちらかに○）　　会員　　　・　　非会員　　　(\*非会員は20,000円) | | |
| 問合せ先 | 部署名・役職 |  | 氏名 |  |
| E-MAIL |  | TEL |  |

◆出品内容　（搬入・設置の参考とさせて頂きます。大まかで結構ですのでご記入願います。）

|  |  |
| --- | --- |
| 品名 | （チラシに掲載いたします） |
| 用途 |  |
| 重量（kg） |  |
| 体積 | 縦：　　　　　cm、　横：　　　　　cm、　高さ：　　　　　cm |

◆電源追加（どちらかに○してください）

※基本電源は、各ブース0.5kw×1個ずつ割当てとなっております。（100Vのみ）

1. 追加不要
2. 追加必要【 0.5kw ×　　個 】

別紙「出展者募集要項」に従い、上記の通り「医療機器製品・部品メーカーによる技術シーズ展示会2017」に出展申込いたします。

申込日：平成29年　　月　　日

住　所：

出品者：（法人名）

担　当：　　　　　　　　　　　　　㊞