年　　　月　　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　宛

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

※法人等の場合は名称及び役職・氏名をご記入下さい

※領収書等の宛名になります

**2019日米医療機器イノベーションフォーラム神戸　協賛申込書**

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　2019日米医療機器イノベーションフォーラム神戸　協賛要綱について了解のうえ、下記のとおり協賛を申し込みます。

記

１．協賛の形態 資金協賛　・　その他協賛

 （該当する協賛形態を囲んでください。）

# ２．協賛の内容

（１）資金協賛

|  |  |
| --- | --- |
| 金額 | 　金　　　　　　　　　　　　円 |
| 納入予定時期 | 　　　　　年　　　　月 |

（２）その他協賛（昼食提供、広告掲示、機器等の無償貸与など協賛内容をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 協賛内容 |  |

# ３．連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | 担当者名 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |