　　　　　　年　　　月　　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　宛

住　所

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

**Kansai Life Science Accelerator Program 協賛申込書**

Kansai Life Science Accelerator Program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．協賛内容　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

以　上

（連絡先）

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