「メディカル ジャパン2020大阪」関西広域連合ブース

産学官連携展示　展示申込書

　令和　　年　　月　　日

関西広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者）

所在地

企業・団体名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

　以下のとおり、関西広域連合ブースへの展示を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)カテゴリー  　（希望） | | □医薬品　　　□医療機器　　□先端医療技術（再生医療等）  □先制医療（健康科学等）　　□看護・介護　　　　□体験型 | |
| (2)展示物名称 | |  | |
| (3)企業名称 | |  | |
| (4)産学官連携した  大学・研究機関名称 | |  | |
| (5)展示の詳細について | | | |
|  | 製品・試作品等  （どのようなものか、  　大きさ、高さ、重量 等） | |  |
|  | チラシ・パンフレット  （名称、用意できる部数等） | |  |
|  | ノートＰＣ・モニター  （大きさ、高さ等） | |  |
|  | その他 | |  |
| (6)電気容量  　（ＫＷ） | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (7)アテンド人員の派遣 | 2月26日（水）　　　時から　　時　　　名  2月27日（木）　　　時から　　時　　　名  2月28日（金）　　　時から　　時　　　名 |
| (8)担当者連絡先 | 所在地  企業・団体名  所属部署  役職／氏名  ＴＥＬ  ＦＡＸ  E-mail |

会社概要および展示品のパンフレット、資料等があれば、この申込書に添えてご提出ください。

※以下の事項を踏まえ、ご記入ください。

　(1) 希望するカテゴリーに、チェックをしてください。

なお、カテゴリーごとに展示させていただく予定をしておりますが、カテゴリーを変更させていただく場合やブース内の展示場所はご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

　(2) 原則、企業名は公開してください。非公開とする場合、理由をお聞きすることがございます。

　(3) 関西広域連合域内の大学・研究機関が含まれていない場合は、対象外です。

　(4) 関西広域連合ブース全体の装飾が決まった段階で、展示内容は調整させていただくことがございます。

　(5) 展示物、ノートＰＣ、モニターなどの電気容量をお教えください。特に、大きな電気容量が必要になる展示物について、明記していない場合、電源を確保できないことがございます。

　(6) 2月26日（水）～28日（金）の間、それぞれ時間、アテンド人員の人数がわかるようご記入ください。

(7) アテンド人員については、時間帯により交代していただいても構いませんが、常時１名以上が配置されているようお願いいたします。