産学官連携展示・セミナー申込書

　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・セミナーを申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)カテゴリー  　（希望） | | □医薬品　　□医療機器　　□先制医療（健康科学等）□先端医療技術（再生医療等）　□看護・介護 | | | □体験型 |
| □感染症対策　　□新しい生活様式 | | |
| (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） | |  | | |
|  | マッチングターゲット | | 分野・業種等 | 詳　　細 | |
|  | （例）病院・医療関係 | （例）新しい技術による医療機器の導入を考えている医療機関や事業者。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (6)電気容量（ＫＷ） |  | |
| (7)アテンド人員の派遣 | 2月24日（水）　　　時から　　時　　　名  2月25日（木）　　　時から　　時　　　名  2月26日（金）　　　時から　　時　　　名 | |
| (8)セミナー講師 | 実施の可否 | 可　　・　　　否 |
| 実施可能な場合  実施を希望する時間帯等があれば記載してください。 |  |
| (9)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24日（水）～26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。