**【再生医療JAPAN 2024 神戸医療産業都市ブース　出展申込書】**

**提出日：　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出展者名  （事業者名） | | （日本語） | | |
| （英語） | | |
| 住　所 | | 〒　　　　－ | | |
| 担  当  者 | 部署名 |  | 役職 |  |
| 名　前 | （日本語） | （英語） | |
| 連絡先 | 電話 | FAX | |
| E-Mail | | |
| 出展目的 | |  | | |
| 展示予定品 | | ※製品名や特長、利用者・対象者、大きさなど具体的にご記入ください。  ※**別添資料として、製品の内容が分かるパンフレット、イラスト、写真等をご提出願います。** | | |
| 出展体制 | | ※初日〇名、2日目〇名のように出展体制をご記入ください。 | | |
| 出展に関わる  連絡事項等 | | ※神戸市に伝えておくべき事項（出展スペースや出展スケジュール等）の条件があれば、ご記入ください。 | | |
| 該当項目  □にチェック | | 神戸医療産業都市に拠点を設置（あるいは令和５年９月末までに予定）している。  大企業（共同出展料10万円）に該当する。  中小企業（共同出展料３万円）に該当する。  　　※中小企業の定義については募集要領末尾の【備考】、および  中小企業庁のHP（https://www.chusho.meti.go.jp/soshiki/teigi.html）をご確認ください。 | | |

**申込書ご提出・お問い合わせ先**

神戸市 医療産業都市部　（担当：髙田・楊・花房）

電話：078-322-6341　FAX：078-322-6115　　　　　E-Mail：kbic-contact@office.city.kobe.lg.jp

※メールの容量は5MB以下です。容量を超えて、お申込みされた場合は、無効となりますのでご注意ください。