**【「第11回インターフェックスWeek大阪／第11回再生医療EXPO大阪」　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 |  | |
| 名　前 |  | |
| 連絡先 | 電話 | E-Mail |
| 出展対象に  該当している | | * 神戸医療産業都市に拠点を設置している * 創薬・バイオに関連している * 再生医療に関連している | |
| 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。**  （メール容量は14MB以下です。）  実機の展示　　□あり　　□なし  □リチウムイオン電池を使用する←当てはまる場合は☑お願いします | |
| 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。 | |

**申込書ご提出・お問い合わせ先**

神戸市 企画調整局 医療産業都市部 誘致産業化担当　（担当：有馬・楊）

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

※メールの容量は14MB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。

※記入いただいた内容は展示会共同出展の目的以外に使用しません。