

申込締切 2025年5月9日(金) 17:00

【MEDICAL FAIR THAILAND 2025 共同出展参加申込書】

申込日:

企業名		
担当者	部署名	
	氏名	
	連絡先	電話: E-Mail:
参加資格条項確認*		<input type="checkbox"/> 神戸医療産業都市に拠点を有している <input type="checkbox"/> 神戸市内に本社を有している
展示予定品		※参加申込書提出後の展示品の変更は原則お控えください。
展示予定品 分類*	カテゴリ	<input type="checkbox"/> 医療機器/IVD <input type="checkbox"/> SaMD <input type="checkbox"/> 医療機器関連部品・技術 <input type="checkbox"/> 非医療機器・ヘルスケア製品 <input type="checkbox"/> その他 ()
	許認可	<input type="checkbox"/> 日本国内 未承認/認証品 <input type="checkbox"/> 日本国内承認・認証品 <input type="checkbox"/> CE マーク取得済み <input type="checkbox"/> 欧州 MDR 準拠 <input type="checkbox"/> FDA 認可済み <input type="checkbox"/> その他海外規格 ()
出展目的*		<input type="checkbox"/> 販路開拓 <input type="checkbox"/> 市場調査 <input type="checkbox"/> 共同開発可能性調査 <input type="checkbox"/> その他 ()
海外出荷実績*		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 欧州 <input type="checkbox"/> 米国 <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> アジア <input type="checkbox"/> その他
アセアン年間出荷実績*		・今回展示製品だけではなく、医療分野の全製品についてご記入ください ・直近12か月の概算金額を選択をお願いします ・選定プロセスでヒアリングをさせていただく可能性がありますので、ご協力をお願いします <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 300万円以下 <input type="checkbox"/> 1000万円以下 <input type="checkbox"/> 3000万円以下 <input type="checkbox"/> 3000万円以上

受付番号		受付日	
------	--	-----	--

海外販路開拓に向けた 現在の状況	<input type="checkbox"/> 外国語のホームページがある (言語: _____) ホームページ URL : _____ <input type="checkbox"/> 外国語のパンフレットがある (言語: _____)	
海外展示会出展実績	<input type="checkbox"/> MEDICA <input type="checkbox"/> MFA/ MFT <input type="checkbox"/> Arab Health <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 実績なし	
視察ツアー参加	・2025年9月8日もしくは9日に予定している視察ツアーに、貴社から1名は参加 をお願いいたします <input type="checkbox"/> 参加します	
共同出展が決定した場合、 右記の情報を主催者に提供 します ※英語表記をお願いします	Company Name	
	Adress	
	Contact Person	Name: Job Title : TEL : FAX: E-Mail:
	Product Code ※「A3 List of Exhibits」 をご参照下さい	

注意：※がある項目については、該当するにチェックをお願いします

出展者募集要項を確認し、上記のとおり、MFT への出展を申し込みます。 _____

(署名もしくは公印)

受付番号		受付日	
------	--	-----	--