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ＴＥＬＦＡＸE-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。