**【ファーマラボEXPO　神戸医療産業都市ブース　出展申込書】**

**申込書ご提出・お問い合わせ先**

神戸市 医療・新産業本部 医療産業都市部 誘致課　（担当：鈴木・安田）

電話：078-322-6341　FAX：078-322-6010　　　　　E-Mail：contact@kobe-lsc.jp

**令和　　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　　　　　－　　　　　　－　　　　　　 | 携帯　　　　　－　　　　　　－　　　　　　 |
| 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。****（メール容量は5MBまでになります。）** |
| 出展体制 | ※初日○名、第２日目○名、第３日目○名、出展体制をご記入下さい。 |
| 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。 |
| 応募条件□にチェック | □神戸医療産業都市に拠点を設置（あるいは６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】をご確認ください。 |