**【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](mailto: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。 | |