ディカルメッセ　出展申込書

以下のとおり『メディカルメッセ』に申し込みします。

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 会社名フリガナ |  |
| 〒・所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 担当者役職・氏名 |  |
| 担当者ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 会社電話番号 |  |
| 会社ＦＡＸ番号 |  |
| 自社ＰＲ |  |
| 出展内容 |  |
| 出展内容ＰＲ |  |
| 出展方法  （希望される方法に丸をつけてください） | １　リアル＆オンライン（現地参加）  ２　リアル＆オンライン（製品貸与）  ３　オンライン |

◆本申込書に記入し、電子メールもしくはFAXでご提出ください。

◆出展方法については、

　「現地参加」→　参加企業担当者様に展示ブースにお越しいただき、医療従事者等にPR活動を行っていただきます。

　「製品貸与」→　参加企業様より製品等をお貸出しいただき、いわて医療機器事業化研究会事務局が現地でPR活動を行います。

　「オンラインのみ」→　オンライン上にて医療機器メーカー等に対して商談活動を行っていただきます。

◆お申込期限：令和４年８月29日（月）17時

事務局

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡2-4-26

公益財団法人いわて産業振興センター

担当：東

電話：019-631-3822　FAX：019-631-3830

E-Mail：torihiki@joho-iwate.or.jp