|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 担当者E-mail |  |

１　ご希望される展示形態

※製品展示、または技術展示のどちらをご希望されるのか記述してください。

２　会社概要

※事業内容、医療関連機器産業での取り組み等記述してください。

※企業パンフレット等ございましたら、添付してください。

３　展示を行う製品または技術の概要

※できるだけ具体的に記述してください。

※必要に応じて図・表・写真等を使用してください。

※製品パンフレット等ございましたら、添付してください。

４　当日の人員配置（予定）

※事前設営及び撤去・返送作業を含めて、必ず1名以上の対応者を配置してください。

※現時点での予定で構いません。

|  |  |
| --- | --- |
| 期　間 | 対応者（職・氏名） |
| 8月29日(金)＜事前設営、開催、撤去・返送作業＞ |  |