**海外医療機器展示会**

**Arab Health 2024長野県ブース出展申込書**

令和５年　　月　　日

公益財団法人長野県産業振興機構

理事長　山浦 愛幸　様

住 所

商号又は名称

代表者

「海外医療機器展示会　Arab Health 2024「長野県ブース」出展者募集のご案内」の記載事項を了承の上、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （事業者名） | （日本語） | | | | | | |
| （英　語） | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | | |
| 担当部課 |  | | | |  |  | |
| 担当者役職 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | FAX番号 |  | |
| E-Mail |  | | | | Ｕ　Ｒ　Ｌ |  | |
| 業　種 |  | | | | 従業員数 | 人 | |
| 資本金 | 万円 | | 営業体制  （部署名、営業人員数） | 部署名：  国内営業：　名、海外営業：　名 | | | |
| 出品技術・出品製品の名称  ※出品物の内容は付表１に記入 | |  | | | | | |
| 全期間の展示・参加、商談実績調査・アンケートへの協力、説明会参加 | | | | | | | □可　・　□不可 |

※　申込みにより、出展による感染、事変等のリスクは自己責任であることに同意したものとみなします。

※　会社紹介、出品物の概要が確認できるパンフレット等を２部添付してください。

※　ご記入いただきました情報は適切に管理し、本展示会参加のためだけに利用します。

　　　　　　　　　　　　　　　公益財団法人長野県産業振興機構　信州医療機器事業化開発センター

担当：櫻井（和）、村田

　　　　　　　　　　　　電話:026-217-1634