|  |
| --- |
| 【申込先】大分県医療ロボット・機器産業協議会　担当　通山宛e-mail：jimukyoku02@medical-valley.jp |

令和３年　　月　　日

「第３９回大分県病院学会」への共同出展申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 | 役職 | 氏名 |
|  |  |
| 主たる業種 |  |
| 主要製品 |  |
| 連絡担当者 | 所属・役職 | 氏名 |
|  |  |
| TEL | FAX |
|  |  |
| e-mail |
|  |
| 出展品目の概要 | ※出品物の名称及びその概要を記載して下さい。（写真含む） |
| 電源の設置について | ・コンセントの必要口数（　　　）口　　　　※１口1200Ｗまで・持込み機器　　　　　（　　　）台・合計消費電力　　　　（　　　）Ｗ程度の見込み |
| ランチョンセミナー製品説明の希望 | □　希望する | □　希望しない |
| ※ランチョンセミナーの開催にあたり会場・内容等の希望があれば記載ください。 |