



メディカルメッセ出展申込書

〈申込日〉平成 年 月 日

フリガナ 会社名 団体名		TEL	
		FAX	
住所	〒 -	担当部署・役職	
		フリガナ 氏名	
ホームページ		E-mail	

メディカルメッセの出展規定を了承し出展を申し込みます ※左記に☑を付けてください。

出展目的	関心のある分野にチェックしてください。〈複数選択可〉 <input type="checkbox"/> 調達先・委託先の調査・発掘 <input type="checkbox"/> 医療関係者とのネットワークづくり・情報収集 <input type="checkbox"/> 自社技術・サービス・製品等の販路開拓 <input type="checkbox"/> その他() ※具体的にご記入ください。
------	--

出展内容	※ご記入いただいた内容は、商談調整の参考とさせていただきます。
------	---------------------------------

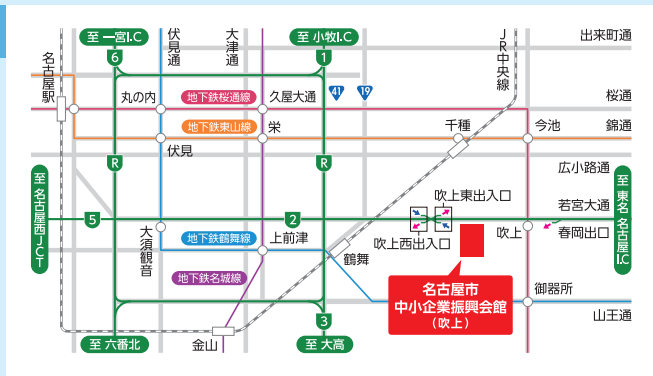
出展小間数および料金	下記該当にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 名古屋商工会議所会員.....1小間 50,000円 <input type="checkbox"/> メディカル・デバイス産業振興協議会会員.....1小間 30,000円 <input type="checkbox"/> 中部医療機器工業協会会員.....1小間 20,000円 <input type="checkbox"/> 上記以外に該当.....1小間 80,000円 <input type="checkbox"/> 中部先端医療開発円環コンソーシアムに加盟する大学等研究機関.....無 料 ()小間 ※小間数を記入してください。	金額	円
------------	--	----	---

会場のご案内

名古屋市中企業振興会館(吹上)
第1ファッション展示場 他

〒464-0856 名古屋市千種区吹上2-6-3

公共交通機関でお越しの場合●地下鉄桜通線「吹上」下車、5番出口より徒歩5分
 名古屋高速道路をご利用の場合●名古屋高速吹上出口、南東すぐ



お申込み・お問合せ

〈事務局〉 **名古屋商工会議所 産業振興部 モノづくり・新産業グループ**

〒460-8422 名古屋市中区栄2-10-19

TEL 052-223-8603 **FAX 052-232-5752** **E-mail medical@nagoya-cci.or.jp**