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

１　会社概要

※事業内容、医療関連機器産業での取り組み等記載ください。

※企業パンフレット等ございましたら、添付してください。

２　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。

３　会期中の人員配置（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） |
| 10.4（火）＜事前設営作業＞ |  |
| 10.5（水）＜会期第1日目＞ |  |
| 10.6（木）＜会期第2日目＞ |  |
| 10.7（金）＜会期第3日目＞  ＜撤去・返送作業＞ |  |