

『大阪医療機器協会 医療機器マッチングコーナー』  
 出展確認シート

会社名			
部署名		ご担当者名	
ご連絡先 (携帯も必ずご記入を お願いします。)	(会社) - - (ご担当者様 携帯) - - メールアドレス:		

1. 展示会に持参・搬入される大型の機材及び PC等(コンセント類など小規模なものは除く)

	機材名	サイズ(幅、奥行き、高さ 各 cm)	重量	電気容量
1		× ×	kg 程度	kw
2		× ×	kg 程度	kw
3		× ×	kg 程度	kw
4		× ×	kg 程度	kw
5		× ×	kg 程度	kw

2. 展示会当日参加される方は何名おられますか? ( 名)

3. 搬入・搬出はどのようにされますか?

①車による搬入 ②宅配便による搬入 ③タクシー等による搬入

④その他( )

○搬入希望時間 ( : ~ : )

但し、ご希望に沿えない場合もございます。その場合は事前にご連絡いたします。

4. レンタル備品申込希望 ( 希望する ・ 希望しない )

・センターテーブル、カタログ台、スポットライト、メッシュパネル、追加コンセント

※レンタル備品希望社には後日、別申込書をお送り致します。

5. 出展料の納入について

・出展確定後、請求書(出展料)をお送り致しますので、請求書記載の払込期限迄にお支払い下さい。小間配置決定後のキャンセルの場合は出展料全額の取り消し手数料を申し受けます。予めお含みおきください。

6. その他

・後日、来場案内パンフレットを作成致します。出展確定しましたら写真、案内文等のご提出をお願いいたします。

・出展希望会社が多数の場合は申し訳ありませんが、出展をお断りする場合がございます。

7. 申し込み期限 ( 2019年3月29日(金)まで )