

MEDiPlaza Web出展申込書

申込日

年

月

日

① 出展企業情報

ふりがな			
会社名	印		
住所	〒 —		
電話	()	FAX	()
部署		役職	
ふりがな			
窓口担当者氏名			
請求書に印字をご希望の箇所にチェックをお願いします。□会社名 □住所 □部署 □役職 □窓口担当者 上記と別の宛名を希望される場合は③にご記入ください。			
担当者E-Mail		URL	http://

② 出展商品情報

出展品目数	<input type="checkbox"/> 1商品	<input type="checkbox"/> 2商品	<input type="checkbox"/> 3商品	<input type="checkbox"/> 4商品	<input type="checkbox"/> 5商品以上
	商品名	カテゴリ	出展プラン		
1商品目			<input type="checkbox"/> プラチナプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン (出展期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
2商品目			<input type="checkbox"/> プラチナプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン (出展期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
3商品目			<input type="checkbox"/> プラチナプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン (出展期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
4商品目			<input type="checkbox"/> プラチナプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン (出展期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
5商品目			<input type="checkbox"/> プラチナプラン <input type="checkbox"/> プレミアムプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン (出展期間: 年 月 日～ 年 月 日)		

③ 請求書発行先(①の情報と異なる場合のみご記入ください。)

ご住所	〒 —		
会社名			
部署/役職		氏名	

■□■ 申込書記載上の注意事項 ■□■

- ・申込書提出にあたっては、1部複写のうえ御社に保管し、原紙を郵送いただくかご持参ください。
- ・申込書記載内容に変更が生じた場合は、その都度文書にて連絡してください。

【申込書送付先】メディキャスト株式会社 メディプラザ本部 (担当:新田、森屋)

〒100-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1 明治安田損害保険ビル1F TEL:0120-154-198 FAX:03-5259-5188

※こちらは、弊社使用欄になりますので、記載は不要です。

弊 社 使 用 欄

担当者:				
形態1:	<input type="checkbox"/> 既存出展企業様	<input type="checkbox"/> 新規出展企業様		
形態2:	<input type="checkbox"/> N12	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> その他()	
形態3:	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他()	
拠点:	<input type="checkbox"/> 東京()	<input type="checkbox"/> 大阪()	<input type="checkbox"/> 福岡()	<input type="checkbox"/> なし()
備考:	<input type="checkbox"/> WEBC()	<input type="checkbox"/> MPWEB()	<input type="checkbox"/> メール()	<input type="checkbox"/> 登録()