

MEDiPlaza(福岡) 出展申込書

メディキャスト株式会社 御中

MEDiPlaza出展規定の諸事項を了承して下記の通り出展を申し込みます。

1. 出展申込者 お申込日()年()月()日

会社名			
代表者名			
会社所在地	印		
窓口担当者	(部署・役職)	(氏名)	
TEL		FAX	
E-mail		URL	

2. 出展品名(該当する□に✓を入れて、必要事項をご記入ください)

<input type="checkbox"/> 電子カルテ	<input type="checkbox"/> 検査画像ファイリングシステム	<input type="checkbox"/> 診察予約システム	<input type="checkbox"/> 医療機器()
<input type="checkbox"/> その他ソフトウェア ()			
<input type="checkbox"/> その他機器 ()			
<input type="checkbox"/> その他サービス等 ()			

3. 出展品目(該当する□に✓を入れて、必要事項をご記入ください)

<input type="checkbox"/> パソコン・サーバー本体()台	<input type="checkbox"/> モニター()台	<input type="checkbox"/> キーボード・マウス()セット
<input type="checkbox"/> ソフトウェア	<input type="checkbox"/> パソコン切替機	<input type="checkbox"/> 機器()台
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> カタログ

4. 出展コース等(該当する□に✓を入れて、必要事項をご記入ください)

出展コース	<input type="checkbox"/> 単独展示 <input type="checkbox"/> 共同展示 <input type="checkbox"/> パワーポイント展示 <input type="checkbox"/> ポスター展示 <input type="checkbox"/> 提供展示			
支払コース	<input type="checkbox"/> 月極め <input type="checkbox"/> 年間一括	出展予定日	()年()月()日	

***** 申込書記載上の注意 *****

- ① 出展申込者の欄には、会社代表者印または事業部代表者印を捺印してください。
- ② 申込書提出にあたっては、1部複写のうえ御社にて保管し、原紙を郵送いただくかご持参ください。
- ③ 上記事項に変更がある場合はその都度、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 メディプラザ事業部 (担当:大高)
 〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1 明治安田損保ビル1F
 Tel: 03(5259)0010 Fax: 03(5259)5188

弊社使用欄

支払開始	年	月	税込出展料	円	支払回数
------	---	---	-------	---	------