

# メディアプラザ出展関連申込書

メディアプラザ出展規定等の諸事項を了承して下記の通り申し込みます。

※はメディアプラザにて記載

申込日( )年( )月( )日

① ※申込内容	<input type="checkbox"/> 新規出展 <input type="checkbox"/> 追加出展 <input type="checkbox"/> 出展形態・期間変更		
② 会社名 代表者名 会社所在地	印		
③ 窓口担当者	(部署・役職)	(氏名)	
④ TEL	( )	⑤ FAX	( )
⑥ E-mail		⑦ URL	
⑧ 出展形態	<p>【出展品名】 _____</p> <p>【登録カテゴリ名】 _____</p> <p>【出展形態】 ◆デンタルに出展の場合は、東京・大阪のデンタルへチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>メディアプラザ東京(診療所向け) (初回手数料: 有 / 無 ) (※¥ _____)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>単独展示 <input type="checkbox"/>共同展示 <input type="checkbox"/>PPT 展示 <input type="checkbox"/>デンタル <input type="checkbox"/>ポスター展示 <input type="checkbox"/>提供展示 (※¥ _____)</p> <p><input type="checkbox"/>メディアプラザ東京(病院向け) (初回手数料: 有 / 無 ) (※¥ _____)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>単独展示 <input type="checkbox"/>共同展示 <input type="checkbox"/>PPT 展示 <input type="checkbox"/>ポスター展示 <input type="checkbox"/>提供展示 (※¥ _____)</p> <p><input type="checkbox"/>メディアプラザ大阪 (初回手数料: 有 / 無 ) (※¥ _____)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>単独展示 <input type="checkbox"/>共同展示 <input type="checkbox"/>PPT 展示 <input type="checkbox"/>デンタル <input type="checkbox"/>ポスター展示 <input type="checkbox"/>提供展示 (※¥ _____)</p> <p><input type="checkbox"/>メディアプラザ福岡 (初回手数料: 有 / 無 ) (※¥ _____)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>単独展示 <input type="checkbox"/>共同展示 <input type="checkbox"/>PPT 展示 <input type="checkbox"/>ポスター展示 <input type="checkbox"/>提供展示 (※¥ _____)</p> <p><input type="checkbox"/>メディアプラザウェブ (初回手数料: 有 / 無 ) (※¥ _____)</p> <p>( __ 製品目 出展製品名 _____ ※カテゴリ _____ )</p> <p>( __ 製品目 出展製品名 _____ ※カテゴリ _____ )</p> <p>( __ 製品目 出展製品名 _____ ※カテゴリ _____ )</p> <p style="text-align: right;">計 (※¥ _____)</p> <p>【出展内容】</p> <p><input type="checkbox"/>パソコン本体 ( )台 <input type="checkbox"/>モニター( )台 <input type="checkbox"/>キーボード・マウス( )セット</p> <p><input type="checkbox"/>パソコン切替機( )台 <input type="checkbox"/>ソフトのみの展示 <input type="checkbox"/>その他( )</p>		
⑨ ※出展形態・期間変更	(現状/金額)	(変更後/金額)	
⑩ 支払い方法	<input type="checkbox"/> 月極 <input type="checkbox"/> 年間一括 <input type="checkbox"/> ( )ヶ月一括 <input type="checkbox"/> 自振		
⑪ ※特別割引	有 / 無 理由( )		
⑫ 請求書宛先 (②・③と異なる場合のみ記載)	(住所)	(部署・役職)	
	(宛名)	(担当者)	
⑮ 請求開始月	年	月	
⑯ ご要望			

- ・②の印には、「会社代表者印」または「事業部代表者印」をご捺印ください。
- ・⑬の住所・宛先に請求書等を発送いたします。
- ・申込書提出にあたっては、一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下さい。
- ・上記事項に変更があった場合はその都度、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 メディプラザ事業部 (担当: \_\_\_\_\_)

〒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  
MPWEB  
WEBC  
準備メール