

JACLaS EXPO 2017

臨床検査機器・試薬・システム展示会

展示会出展申込書

申込日：2017年 月 日

当社は展示会出展を申し込み致します。
また、出展募集要項および主催者が必要と認めるその他の追加規約を遵守することに同意します。

①出展企業情報

出展企業名			
フリガナ			
和文			
英文			
展示責任者			
部署		役職	
E-mail		氏名	
連絡担当者 ※事務局からの連絡先、請求書の送付先となります。			
部署		役職	
E-mail		氏名	
住所	(〒)		
TEL	— —	FAX	— —

②申込内容（単独ブースか共同ブースかどちらかを記入してください）

※Bタイプ4小間以上の場合「小間数別サイズ表」を参照して希望サイズを記入してください。

<input type="checkbox"/> 単独ブース			
小間	タイプ	小間 m ²	【希望サイズ】 m × m
出展料	円(税込) × 小間 … 出展料		円(税込)
装飾高さ	<input type="checkbox"/> 高さ6m装飾を希望(Bタイプ20小間以上)		

<input type="checkbox"/> 共同ブース			
共同出展社名		御社部分の 小間数	小間 m ²
【共同での希望サイズ】	m × m		
1社1小間以上の申し込みでお願いします。			
出展料	円(税込) × 小間 … 出展料		円(税込)
装飾高さ	<input type="checkbox"/> 高さ6m装飾を希望(Bタイプ20小間以上)		

③控室

<input type="checkbox"/> 控室を希望しない	<input type="checkbox"/> 控室を希望する	<input type="checkbox"/> 30~49m ² 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> 79~100m ² 172,800円(税込)

④主な出展物

--

送付先 FAX:03-3830-0921 E-mail:info@jaclas.or.jp <申込締切:2017年4月21日>

出展料の入金確認をもって、正式申し込みと致します。

請求書は申込書受領次第、順次発送致します。

■お問い合わせ先■

JACLaS EXPO 2017事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-1 奈良部ビル5F

(一般社団法人日本臨床検査機器・試薬・システム振興協会内)

TEL:03-3830-0920 FAX:03-3830-0921

E-mail:info@jaclas.or.jp URL:http://jaclas.or.jp

備考欄

--