**申込締切：令和元年１０月１５日（火）**

【送付先】　公益財団法人くまもと産業支援財団

九州地域バイオクラスター推進協議会事務局　担当：竹ノ内・池

**FAX:　096-286-3929　　　メール：info@kyushu-bio.jp**

**「ヘルスケア食品展２０１９」 共同出展申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体等名称 |  |
| 連絡先 | 【所在地】  【電話番号】 　 　　　　　　　【FＡＸ番号】  【担当者ご氏名】  【担当者ご所属】  【担当者ご連絡先】  【当日ご対応者】   |  |  | | --- | --- | | ご氏名 | 緊急連絡先電話番号（連絡代表者1名で可） | |  |  | |  |  | |  |  | |
| 出展概要 | ※展示内容をご記載ください（展示物、サイズ、試食等の有無）  【展示物】  【必要スペース】  ＊割り当てブース1/2小間（幅1000㎜×奥行2000㎜×高さ2700㎜程度）  ※展示台１/２スペース（幅900㎜×奥行500㎜×高さ700㎜程度）  【試食】　有　・　無　　【ｻﾝﾌﾟﾙ配布】　有　・　無  ＊いずれかに○。なお、ブース内での有償での試食、ｻﾝﾌﾟﾙ配布はご遠慮願います。 |
| 出展条件について  \*必ず☑を入れてください | □九州地域バイオクラスター推進協議会　団体会員であること  □準備・撤収及び会期中の説明対応のための人員を、常時配置できること |
| その他 | ※特別な設備（コンセント等）が必要な方はご記入ください |

**注１）出展の小間位置につきましては、出展申込順に調整させていただきます。**

**注２）出展申込書をご提出いただいてから、概ね３日以内に事務局より、「申込書受領」のご連絡をさせていただきます。連絡が無い場合につきましては、お手数ですが事務局までご連絡をお願いします。**