

# ブース出展申込書

地域創生ケアビジネス研究会 行 FAX:095-813-5223

ご確認事項	私は長崎県健康サービス創出フェアへ出展するにあたり、出展規約を充分理解し、遵守することに <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		
フリガナ 事業所名/店名	-----		
フリガナ ご担当者名	-----	所属・役職	
事業所/店舗所在地	〒		
TEL/FAX	TEL	FAX	
携帯電話	-----		
E-MAIL	※必ず、確認・連絡がとれるメールアドレスをご記入下さい。		
ホームページURL	http://		
ご希望ブース数	1ブース2m×2m。先着順で確保致しますので、ご希望に沿えない場合がございます。		
		<input type="checkbox"/> 電源	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

**【ご出展内容】**

○ 出展内容

○ ホームページ掲載コメント(出来るだけ端的にお願い致します。)

\*申込書に記載された個人情報については、適切に管理を行い、イベント運営以外の目的に使用する事はありません。

※以下、ご記入不要です。

研究会記入欄	申込日	月	日	許可印	会長	委員長
	受付/審査日	月	日			
	受付担当					