**平成30年度医療施設用ロボット訪問デモンストレーション申込書**

宛先：　一般財団法人ふくしま医療機器産業推進機構

営業企画部　第3グループ（ロボット）　宛

担当：茂木

ＦＡＸ:　０２４－９５４－４０３３

Ｍａｉｌ: 　robot@fmdipa.or.jp

申込日　：　平成　　　　年　　　　月　　　　日

（申込期間：平成30年5月14日（月）～平成31年1月25日（金））

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名等 |  |
|  | 　　　　 |
| 担当者所属部署名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 希望日時実施期間：平成３０年６月１１日（月）～平成３１年２月２８日（木） | 第一希望　　　　月　　　　日　　　　時から | 参加予定人数　　　　　　　　**名** |
| 第二希望　　　　月　　　　日　　　　時から |
| 第三希望 |
| 希望機種（両方でも可） | □　ＨＡＬ🄬医療用下肢タイプ（附帯展示：オール・イン・ワン）□　ＨＡＬ🄬自立支援用単関節タイプ |

* **訪問は、希望日時に従いロボットメーカーと日程調節を行った後、担当者へご連絡をいたします。**