**タイヘルスケア市場セミナー申込書**

FAX：0852-22-6750　　　メール：kaigai@joho-shimane.or.jp

＜基本事項＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴社名 |  | | | |
| ご住所 |  | | | |
| 代表者氏名等 | 【ご職名】　　　　　　　　　　　　　　 【氏名】 | | | |
| ご連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| メール |  | | |
| 参加者氏名等 | 【ご職名】　　　　　　　　　　　　　　　【氏名】 | | | |
| 【ご職名】　　　　　　　　 【氏名】 | | | |

＜御社の海外事業展開について＞

|  |  |
| --- | --- |
| 御社の海外事業展開のお取り組み状況について当てはまるものに○をしてください。（複数回答可） | ・情報収集段階　　・海外展示会・商談会参加経験あり  ・海外企業との取引経験あり（輸出入実績）  ・合弁先/現地協力企業など探している。  ・海外子会社/事務所設立済 |
| 海外事業展開について収集したい情報や関心のある事柄をご記載ください。 |  |

＜ご記入にあたって＞

ご記入頂きました情報は、適切に管理し、本セミナーの運営のためにのみ使用いたします。

【お問合わせ先】

公益財団法人しまね産業振興財団　販路支援課　国際化支援グループ（野津）

TEL：0852-22-6193／FAX：0852-22-6750　E-mail：kaigai@joho-shimane.or.jp