

こおりやま広域圏タイ販路開拓プログラム【医療福祉関連製品】 参加申込書

1. 会社概要

企業名			
代表者		(職名)	(氏名)
企業情報	本社所在地	〒	
	こおりやま広域圏内の主たる事業所	〒	
	ウェブサイト URL		
事務担当者	部署名		
	職名・氏名	(職名)	(氏名)
	勤務地の住所		
	電話		
	Email		
事業内容※1			

※1 最新の会社案内パンフレット及び製品情報資料を添付すること

2. 海外展開の取り組みについて

海外企業との取引経験	<input type="checkbox"/> 輸出・輸入(商社経由含む) <input type="checkbox"/> 投資(駐在員事務所・支店・現地法人等の設立) <input type="checkbox"/> 資本提携 <input type="checkbox"/> 販売代理店契約 <input type="checkbox"/> 合併会社 <input type="checkbox"/> その他()
上記取引先の国・地域	<input type="checkbox"/> 東アジア(中国・韓国・台湾・香港) <input type="checkbox"/> 東南アジア(タイ・ベトナム・マレーシア・シンガポール) <input type="checkbox"/> その他アジア(南西・中央) <input type="checkbox"/> ヨーロッパ <input type="checkbox"/> 北米・中南米 <input type="checkbox"/> アフリカ <input type="checkbox"/> その他(中東・オセアニア) <input type="checkbox"/> 代表的な国・地域()
ジェットロへの相談	相談済(年 月) ・ 相談予定(年 月頃予定)
製品・技術情報	製品名称
	強み・優位性・PRポイント
	国内販売価格
	FOB(本船渡し)もしくはCIF(運賃・保険料込み) 価格(予定)
	海外販売実績
	取得認証・規格・取得基準等
製品保証・アフターサポート	

募集要領の記載内容に同意し、上記のとおり当プログラムへの参加を申し込みます。

会社名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____

提出いただいた企業情報・個人情報は、当プログラムのために使用し、諸法令に則って適正に管理運用いたします。