

本紙を印刷してお持ちください。(複数人でご来場の場合はコピーしてください。)

## 病院/福祉設備機器が一堂に集う専門展示会

The 43rd International Healthcare Engineering Exhibition

# HOSPEX

ホスベックスジャパン J a p a n 2 0 1 8

病院設備機器展 NEW 介護・福祉設備機器展 医療・福祉機器開発テクノロジー展

病院・福祉給食展 NEW 「医療・介護現場のための“働き方改革”支援コーナー」

NEW ホスピタルサウンドソリューション展♪

会期 2018年11月20日(火) → 22日(木)  
10:00~17:00

会場 東京ビッグサイト 東展示棟 1~3ホール

主催: HEAJ 一般社団法人日本医療福祉設備協会 JMA 一般社団法人日本能率協会

ご案内状  
展示会  
入場登録券付き

当社はNO. \_\_\_\_\_ ブースに出展しております。  
ご来場を心よりお待ちしております。

## 2E-210

来場についての問い合わせ先

一般社団法人日本能率協会 来場者ヘルプデスク(株式会社ケイ・スリー・クリエイション)  
受付時間: 9:30~18:00(土日祝は除く) 電話: 03-6809-2707 e-mail: helpdesk@k3c.co.jp

<https://www.jma.or.jp/hospex/>

HOSPEX Japan 2 01 8  
追加案内状請求

追加案内状をご希望の方は、右記にお名刺を貼り付け、または必要事項を明記、下記に希望案内状枚数をご記入のうえ、FAXにてご請求ください。事務局より無料でご送付いたします。

**FAX. 03-3434-8076**

WEBにて来場事前登録を行った方は、  
無料で入場することができます。

案内状を  枚  
希望します。

※追加請求の受付は11月9日(金)事務局  
到着分までとさせていただきます。

## 展示会入場登録券

●本券なき場合は有料(1名につき¥3,000(税込))となります。  
※本券は他に転売することはできません。下記にご記入のうえ、登録所で来場者バジとお引換ください。

業種・職種別分類 ※必須 該当する各項目1ヶ所に○		
■役職		
1. <input type="checkbox"/> 経営者	2. <input type="checkbox"/> 部長・次長	3. <input type="checkbox"/> 課長
4. <input type="checkbox"/> 係長・主任	5. <input type="checkbox"/> 社員・職員	6. <input type="checkbox"/> その他
■業種		
1. <input type="checkbox"/> 病院・クリニック	<input type="checkbox"/> クリニック	
2. <input type="checkbox"/> 介護・福祉・保健	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 福祉施設
3. <input type="checkbox"/> 建築・設計	<input type="checkbox"/> 保健施設	
4. <input type="checkbox"/> 教育・研究機関		
5. <input type="checkbox"/> コンサルタント		
6. <input type="checkbox"/> 商社・医療関連ディーラー		
7. <input type="checkbox"/> 小売り・サービス・宿泊		
8. <input type="checkbox"/> フィットネス・スポーツ施設・スポーツ団体		
9. メーカー		
<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 衛生・消耗品	<input type="checkbox"/> 介護福祉機器
<input type="checkbox"/> ITシステム	<input type="checkbox"/> リハビリ機器	<input type="checkbox"/> 厨房機器
<input type="checkbox"/> 食品・飲料	<input type="checkbox"/> 食器・テーブルウェア	
<input type="checkbox"/> ものづくり(部材・要素技術)	<input type="checkbox"/> その他	
10. <input type="checkbox"/> 官公庁・自治体・団体		
11. <input type="checkbox"/> 一般・学生・その他		
■職種		
1. <input type="checkbox"/> 医療従事者	2. <input type="checkbox"/> 介護従事者	3. <input type="checkbox"/> 給食部門
4. <input type="checkbox"/> リハビリ部門	5. <input type="checkbox"/> 総務・人事	
6. <input type="checkbox"/> 企画・マーケティング	7. <input type="checkbox"/> 設計・開発	
8. <input type="checkbox"/> 仕入・調達	9. <input type="checkbox"/> 営業・販売	10. <input type="checkbox"/> その他
■年齢		
1. <input type="checkbox"/> 10代	2. <input type="checkbox"/> 20代	3. <input type="checkbox"/> 30代
4. <input type="checkbox"/> 40代	5. <input type="checkbox"/> 50代	6. <input type="checkbox"/> 60代以上
■従業員数		
1. <input type="checkbox"/> 1~10人	2. <input type="checkbox"/> 11~100人	
3. <input type="checkbox"/> 101~1000人	4. <input type="checkbox"/> 1001人以上	
■保有資格(複数選択)		
1. <input type="checkbox"/> 医師	2. <input type="checkbox"/> 看護師	3. <input type="checkbox"/> 技師
4. <input type="checkbox"/> 介護福祉士	5. <input type="checkbox"/> 社会福祉士	
6. <input type="checkbox"/> 理学療法士	7. <input type="checkbox"/> 作業療法士	
8. <input type="checkbox"/> 栄養士	9. <input type="checkbox"/> 薬剤師	10. <input type="checkbox"/> 建築士

### 今後の出展予定

1. ☐ 次回出展予定  
2. ☐ 出展案内を希望  
3. ☐ 出展には関心がない

### 地域別分類 ※必須

- ☐ 東京 ☐ 関東(東京以外) ☐ 北海道  
☐ 東北 ☐ 中部・北陸 ☐ 近畿 ☐ 中国  
☐ 四国 ☐ 九州・沖縄 ☐ 海外

●事前に名刺を貼付ください。(名刺のない方は下記にご記入ください。)

会社・団体名

所在地

TEL:

FAX:

e-mail:

所属・役職

氏名

※日本能率協会からのご案内およびE-mailが不要な場合はチェックをお入れください。→☐  
※結果報告書などに本展の来場者として氏名を伏せた上で社名(施設名)、所属、役職を掲載することがあります。掲載を希望されない場合はチェックをお入れください。→☐

＜個人情報の取り扱いについて＞  
一般社団法人日本能率協会では、個人情報の保護に努めております。詳細は小会の個人情報保護方針(<http://www.jma.or.jp/privacy>)をご覧ください。今回、ご記入いただきましたお客様の個人情報は、今後の各種案内のために利用させていただきます。なお、個人情報は配送の依頼等で機密保持契約を締結した業務委託先に預託することがありますのであらかじめご承知ください。