**健康チャレンジフェアかながわ　エントリーシート（１/２）**

※該当する番号に、丸印をつけてください。

**１．健康チャレンジフェアかながわ2023に**

|  |  |
| --- | --- |
| １ | ブース出展を希望します。（ブース位置の指定はできません） |
| ２ | 物品協賛を希望します。 |

**２．イベント出展料のお願い**

健康チャレンジフェアかながわ2023にご参加を頂く皆様には、出展料のお支払いを

お願いしています。

**出展料は、１団体様あたり　￥30,000　　です。**

　　お支払方法は、別途、事務局よりお送りする請求書に記載の口座にお振込みください。

　　（大変申し訳ありませんが、振込手数料はご負担ください。）

**３．ご担当者様の照会欄**

今後、イベント開催にあたり、ご連絡をさせて頂くご担当者様のお名前をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 御社名 |  |
| 御担当者様 |  |
| 連絡先 | 文書送付先 |
| 電話番号 |
| Eメールアドレス  （注意）０ゼロ、Oオー、大文字・小文字等、丁寧にご記載ください |

**健康チャレンジフェアかながわ　エントリーシート（２/２）**

出展・協賛の方法について、（予定も含めて）ご検討いただいている内容をご記入ください。

1. **ブース出展について**

|  |  |
| --- | --- |
| ブース出展の内容 |  |
| その他連絡事項 |  |

**２．協賛物品のご提供内容について**



|  |  |
| --- | --- |
| 協賛物品名 |  |
| 数　量 |  |
| 納　期 | 年　　　　月　　　日頃（　配送　　持参　　その他　） |

**問い合わせ先、エントリーシートの申し込み先**

　公益財団法人かながわ健康財団　健康づくり課長　八百　健雄

〒231-0037　横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館２階

℡　045-243-2008　FAX 045-243-2019

E-mail:tyao@khf.or.jp

**提出方法**E-mailにて上記までご連絡ください