障害者自立支援機器

提出先：[shogai-kiki2@techno-aids.or.jp](mailto:shogai-kiki2@techno-aids.or.jp)　申込締切：令和元年８月２３日１７時必着

シーズ・ニーズマッチング交流会２０１９　運営事務局　あて

シーズ・ニーズマッチング交流会２０１９

出展申込書

**１．出展者希望者の情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 企業名・団体名 |  | |
| フリガナ |  | |
| ご担当者名 |  | |
| ご住所 | 〒 | |
| 電話番号・ＦＡＸ | TEL： | FAX： |
| 電子メールアドレス |  | |

**２．出展を希望する会場**※複数会場の希望を可とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望会場 | **大阪会場**　　令和元年１２月１７日（火）～１８日（水） |
| **福岡会場**　　令和２年　１月１４日（火）～１５日（水） |
| **東京会場**　　令和２年　２月１２日（水）～１３日（木） |

**３．出展を希望する機器情報**　※原則、１企業１製品とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（型番） |  |
| 製品の概要  ※200文字以内 |  |
| 製品の仕様  ※100文字以内 |  |
| 分野等  ※主なもの1つ選択 | □ 聴覚障害者・視覚障害者・盲ろう者の自立支援機器  □ 肢体不自由者の自立支援機器  □ 難病・障害児の自立支援機器  □ 障害者のコミュニケーション、レクリエーション活動を支援する機器  □ ロボット技術を活用した支援機器、脳科学の成果を応用した機器  □ 障害者の就労を支援する機器  □ 障害者の支援を行いやすくする機器 |
| 開発補助 | □ 令和元年度｢障害者自立支援機器等開発促進事業｣採択企業 |
| 電源の要否 | （　必要　・　不要　） |
| 製品画像  ※1枚添付 | ※出展する製品（試作器）の画像を１枚添付してください。  ※パンフレット等の掲載に使用しますので、出来るだけきれいな画像として下さい。 |