

第15回日本褥瘡学会中部地方会学術集会 運営事務局宛

Fax: 076-216-7100

寄付金申込書

申込年月日: 年 月 日

申込者(実務担当者の方の情報をご記入ください)

会社名				印
部署				
住所	〒			
担当者		印	E-mail	
TEL		FAX		
寄付金額	円			
寄附の目的	第15回日本褥瘡学会中部地方会学術集会 準備・運営費協賛の為			
振込予定日	年	月	日	

Fax: 076-216-7100

共催セミナー申込書

申込年月日: 年 月 日

1. 申込内容（申込欄に○印でお示ください。）

申込	セッション名	開催会場	金額
	特別講演 1	第 1 会場（大ホール）	300,000 円
	特別講演 2	第 1 会場（大ホール）	300,000 円
	教育講演	第 1 会場（大ホール）	300,000 円
	ランチョンセミナー	第 1 会場（大ホール）	500,000 円
	スイーツセミナー	第 1 会場（大ホール）	500,000 円
	ハンズオンセミナー	第 3 会場（第 5 研修室）	100,000 円
	ハンズオンセミナー	第 3 会場（第 5 研修室）	100,000 円

※プログラム全体との調整で変更になる可能性もあります。

2. 申込担当者名

会社名			
担当者 連絡先	住所	〒	TEL
			FAX
	フリガナ 氏名		所属部署
			役職
	E-mail		
お振込に ついて	請求書 要・不要	(お振込期限はご指定なき場合、請求書発行月の末日となります) (不要の場合: 振込予定日 月 日頃)	

3. セミナーテーマ・座長・演者（予定）

--

Fax: 076-216-7100

広告掲載申込書

申込年月日: 年 月 日

1. 申込内容 (申込欄に○印でお示ください。)

申込	番号	掲載面・頁種類	掲載料(税込)	募集数
	(1)	表4(カラー/A4)	100,000円	1社
	(2)	表2(モノクロ/A4)	90,000円	1社
	(3)	表3(モノクロ/A4)	80,000円	1社
	(4)	表3対向(モノクロ/A4)	70,000円	1社
	(5)	後付1ページ(モノクロ/A4)	50,000円	4社
	(6)	後付1/2ページ(モノクロ/A5横版)	30,000円	6社

※表2、3、3対向、4の募集数は各1頁となりますので、重複申込がありました場合はご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

2. 広告申込担当者名

会社名				
担当者 連絡先	住所	〒	TEL	
	フリガナ		FAX	
	氏名	印	所属部署	
			役職	
E-mail				
お振込に ついて	請求書 要・不要	(お振込期限はご指定なき場合、請求書発行月の末日となります) (不要の場合: 振込予定日 月 日頃)		

版下送付予定日	平成 年 月 日頃
版下入稿方法	<input type="checkbox"/> CD-R を送付 <input type="checkbox"/> 紙焼版下を送付 <input type="checkbox"/> E-Mail にてデータ入稿版下
版下返却	<input type="checkbox"/> 返却を希望する <input type="checkbox"/> 事務局にて廃棄を希望する

Fax: 076-216-7100

機器展示申込書

申込年月日: 年 月 日

1. 申込内容(ご希望の覧に○をお付けください)

基礎小間 100,000 円(税込)	()小間 万円
--------------------	--------------------------------

※ブース特別装飾をご希望の場合も承りますので事務局までお問い合わせください。

2. 展示予定品目

主な展示品目	サイズ(W×D×H)mm	重量	使用電気容量
	× ×	Kg	W
	× ×	Kg	W
	× ×	Kg	W

3. 申込担当者名

会社名				
担当者 連絡先	住所	〒	TEL	
			FAX	
	フリガナ	氏名	所属部署	
			役職	
E-mail				
お振込に ついて	請求書 要 ・ 不要	(お振込期限はご指定なき場合、請求書発行月の末日となります) (不要の場合: 振込予定日 月 日頃)		

4. その他通信欄

--