

FAX: 03-5465-5092

E-mail: jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 共催セミナー申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 共催セミナーを 申し込む ・ 申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 希望日

希望	セミナー名	開催日	金額
第1希望		月 日 ( )	円
第2希望		月 日 ( )	円

他社の共催: 有 ・ 無

※社名を掲載順で下記にご記載ください。

セミナー名	共催金
ランチョンセミナーAクラス	1,100,000円
ランチョンセミナーBクラス	880,000円

3. 演題および座長・演者 (案)

演 題: (テーマ)			
座長	先生	(ご所属	)
演者	先生	(ご所属	)

4. 振込予定日 20 年 月 日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

5. その他 (連絡事項、請求書の宛名が上記と異なる場合、運営会社など)

--

FAX: 03-5465-5092

E-mail: jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 企業展示・書籍展示申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 企業展示・書籍展示を  申し込む ・  申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 申込小間タイプと小間数

小間タイプ	申込小間数	出展料	合計
基礎小間	小間	220,000円	円
書籍小間	小間	11,000円	円

3. 振込予定日 20 年      月      日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

4. 主な出展内容 (電源を使用する場合は使用電力量がわかれば合わせてご記載ください)

--

6. その他 (連絡事項)

--

FAX: 03-5465-5092

E-mail: jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 プログラム抄録集広告掲載申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 広告掲載を 申し込む ・ 申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 申込内容※該当する項目欄に印をご記入ください (複数記入可)

- 表4 裏表紙、A4、カラー : 440,000円
- 表2 表紙裏、A4、モノクロ : 220,000円
- 表3 裏表紙裏、A4、モノクロ : 220,000円
- 後付1頁 A4、モノクロ : 110,000円
- 後付1/2頁 A5横、モノクロ : 88,000円

3. 広告版下

原稿データ (データ形式: )

4. 振込予定日 20 年 月 日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

5. 製品名 (確定している場合はご記載ください)

6. その他 (連絡事項)

FAX: 03-5465-5092

E-mail : jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 HPバナー広告申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 広告掲載を  申し込む ・  申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 申込内容

トップページ	横 200×縦 80 ピクセル	55,000 円
--------	-----------------	----------

3. 広告データ

原稿データ (データ形式 : )

4. 振込予定日 20 年 月 日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

5. その他 (連絡事項)

--

FAX: 03-5465-5092

E-mail : jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 幕間広告申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 幕間広告を  申し込む ・  申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 申込内容

幕間広告	15 秒まで	110,000 円
------	--------	-----------

3. 広告データ

原稿データ (データ形式 : )

4. 振込予定日 20 年 月 日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

5. その他 (連絡事項)

--

FAX: 03-5465-5092

E-mail: jpa35@medical-meeting.jp

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 事務局 行

申込日 年 月 日

第35回日本小児科医会総会フォーラム in 埼玉 寄付金申込書

社名			
郵便番号	〒		
住所			
責任者	役職		氏名
担当者	氏名		
	部署		
	TEL		
	FAX		
	Email		

1. 寄付金を 申し込む ・ 申し込まない (いずれかを○で囲んでください)

2. 申込内容

寄付金	金額
	円

3. 振込予定日 20 年 月 日 ( )

振込予定日が未定の場合、後日お送りします請求書に記載の支払期日までにお振込みください。

予定日にかかわらず、支払い期日までにはご入金いただきますようご協力をお願いいたします。

4. その他 (連絡事項)

--