第16回日本渡航医学会学術集会

協賛金（寄付金）申込書

第16回日本渡航医学会学術集会

大会長　中村　安秀　殿

平成24年　　月　　日

学術集会開催趣旨に賛同し、下記の金額を開催協賛金として寄付します。

（記）

金　　　　　　　　　　　　　円也

貴社名：

ご担当者名：

所在地：

TEL: FAX

E-mail:

恐れ入りますが第16回日本渡航医学会学術集会事務局までFAX(06-6879-8064)をお願いいたします

第16回日本渡航医学会学術集会

広告掲載申込書

第16回日本渡航医学会学術集会

大会長　中村　安秀　殿

平成24年　　月　　日

学術集会開催趣旨に賛同し、第16回日本渡航医学会学術集会プログラム、抄録への広告の掲載を以下の通り申し込みます。

申込み規格　　　□Ａ4版　裏表紙　全面　40,000円

　　　　　　　　□Ａ4版　本文内　全面　30,000円

　　　　　　　　□Ａ4版　本文内　半面　15,000円

（申し込み規格にチェックを入れてください）

貴社名：

ご担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　部署名

所在地：〒

TEL: FAX:

E-mail:

恐れ入りますが第16回日本渡航医学会学術集会事務局までFAX(06-6879-8064)をお願いいたします。

第16回日本渡航医学会学術集会

ランチョンセミナー申込書

第16回日本渡航医学会学術集会

大会長　中村　安秀　殿

平成24年　　月　　日

学術集会開催趣旨に賛同し、下記の通り申し込みます（希望枠にㇾ点）。

（記）

2012年7月21日（土）

□ランチョンミーティング①12：20－13：20

□ランチョンミーティング②12：20－13：20（①、②会場は同じ広さです）

2012年7月22日（日）

□ランチョンミーティング③12：20－13：20（③、④会場は同じ広さです）

□ランチョンミーティング④12：20－13：20（JAMI 総会）

【予定するテーマ】

【予定する講師（所属）】

【予定する座長（所属）】

【共催企業名】

【代表者ご芳名】

【連絡先部署名】

【ご担当者連絡先】 ご住所 〒

TEL

FAX

E-mail

恐れ入りますが第16回日本渡航医学会学術集会事務局までFAX(06-6879-8064)をお願いいたします。

第16回日本渡航医学会学術集会

展示ブース申込書

第16回日本渡航医学会学術集会

大会長　中村　安秀　殿

平成24年　　月　　日

学術集会開催趣旨に賛同し、下記の通り申し込みます（該当するものにㇾ点）。

（記）

協賛金のご寄附もしくはランチョンセミナーをお申込みいただく場合は、展示ブース利用は無料です。展示ブース利用のみの場合1区画50,000円（2日間）で申し受けます。1区画は長さ180cm(L)×60(W)×70(H)の机2本分です。

　　　□ランチョンセミナーの申込みあり（展示ブース無料）

　　　□展示ブース利用のみ（50,000円）

貴社名：

ご担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　部署名

所在地：〒

TEL: FAX:

E-mail:

恐れ入りますが第16回日本渡航医学会学術集会事務局までFAX(06-6879-8064)をお願いいたします。

第16回日本渡航医学会学術集会

ドリンクコーナー申込書

第16回日本渡航医学会学術集会

大会長　中村　安秀　殿

平成24年　　月　　日

学術集会開催趣旨に賛同し、下記の通り申し込みます。

（記）

貴社名：

ご担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　部署名

所在地：〒

TEL: FAX:

E-mail:

恐れ入りますが第16回日本渡航医学会学術集会事務局までFAX(06-6879-8064)をお願いいたします。