**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　広告申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会での広告を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込欄 | 掲載面 | スペース | 申込頁数 | 料 金 | 小 計 |
|  | A | A4 表紙裏面（1面） | 1頁 | 60,000 |  |
|  | B | A4 裏面紙面（1面） | 1頁 | 70,000 |  |
|  | C | A4 裏表紙内側面（1面） | 1頁 | 50,000 |  |
|  | D | A4 （1面） | （　 ）頁 | 20,000 |  |
|  | E | A4 （1/2面） | （　 ）頁 | 10,000 |  |
| **＊希望の申込欄に「〇」を記入して下さい** | 合計 |

【広告体裁】 □ 紙面全面使用（裁ち切り）　□ 枠内使用（余白あり）

【広告原稿】 □ 送付予定　　月　　日頃　　□ 送付済み

【送付方法】 □ E-mail添付ファイル　　□ CD-Rを郵送・持参

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　広告（ｽﾄﾗｯﾌﾟﾀｲｱｯﾌﾟ）申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会での広告（ストラップタイアップ）を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| デザイン | 【デザイン体裁】 □ 会社名のみ　□ 製品名のみ　□ 会社ロゴ＆会社名　□ その他【デザイン原稿】 □ 送付予定　　月　　日頃　　□ 送付済み【送付方法】 □ E-mail添付ファイル　□ CD-Rを郵送・持参 |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　同封広告申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会での同封広告を申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込欄 | スペース | 申込枚数 | 料 金 | 小 計 |
|  | A4サイズ | １枚 | 80,000 |  |
|  | A3サイズ又はA4サイズ2枚 | 2枚 | 160,000 |  |
|  | A4冊子 | （　 ）枚 |  |  |
| **＊希望の申込欄に「〇」を記入して下さい** | 合計 |

【同封広告郵送方法】 □ 郵送予定日　　　月　　日頃　　□ 　　月　　日頃持参

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　企業展示申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会での企業展示を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 申込小間数 | □ 1小間（70,000円）　　　□ 2小間（120,000円） |
| 電気使用 | □ あり（　1500W以内　・　1500W以上　）　□ なし |
| 企業プレゼン | □ 希望する　　　□ 希望しない |
| 備考 | 展示内容・電気容量などを記載して下さい |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　共催ｾﾐﾅｰ(ﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰ)申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会でのランチョンセミナーを申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込欄 |  | 会場 | 座席数 | 金額 |
|  | ランチョンセミナー１ | 小ホール | 200席 | 200,000円 |
|  | ランチョンセミナー２ | 国際会議室 | 200席 | 200,000円 |
|  | ランチョンセミナー３ | 第7会議室 | 100席 | 100,000円 |

**＊希望の申込欄に「〇」を記入して下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| テーマ | ＊テーマ・座長・演者など未定の場合は空白で結構です |
| 座長 | ご氏名 |
| ご所属 |
| 演者 | ご氏名 |
| ご所属 |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　共催ｾﾐﾅｰ(ﾊﾝｽﾞｵﾝｾﾐﾅｰ)申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会でのハンズオンセミナーを申込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込欄 | 開催日 |  | 時間 | 会場 | 料　金 |
|  | 10/17（土） | ハンズオンセミナー１ | 14：00～17：00（3時間） | 第5会議室 | 75,000円 |
|  | ハンズオンセミナー２ | 第6会議室 |
|  | 10/18（日） | ハンズオンセミナー３ | 9：00～11：30（2.5時間） | 第5会議室 | 60,000円 |
|  | ハンズオンセミナー４ | 第6会議室 |
|  | ハンズオンセミナー５ | 13：00～15：30（2.5時間） | 第5会議室 |
|  | ハンズオンセミナー６ | 第6会議室 |

**＊希望の申込欄に「〇」を記入して下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　ﾎｽﾋﾟﾀﾘﾃｨﾙｰﾑ申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会でのホスピタリティルームを申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込欄 | 種　類 | 会　場 | 料　金 |
|  | ホスピタリティルーム１ | 第4会議室（88㎡） | 300,000円 |
|  | ホスピタリティルーム２ | 情報プラザ（100㎡） | 350,000円 |
|  | ホスピタリティルーム３ | 多目的ホール（100㎡） |
|  | ホスピタリティルーム４ |

**＊希望の申込欄に「〇」を記入して下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 備考（通信欄） |  |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |

**FAX申込先：0857-21-8826　　第10回 中四国臨床工学会 大会事務局　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**第10回中四国臨床工学会　寄付金申込書**

　下記の通り、第10回 中四国臨床工学会での寄付金を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 住　所 |  |
| ご担当者 | 部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 寄付金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備考（通信欄） |  |

**申込期限：令和2年6月30日（火）　FAX：0857-21-8826 まで**

≪お問合せ・お申込み先≫

第10回 中四国臨床工学会　大会事務局

〒680-0846　鳥取県鳥取市扇町176番地　吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL：0857-21-8825　FAX：0857-21-8826　E-mail：chushices10@stationclinic.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日： | 受付番号： | 備考： |