

第 65 回群馬県医学検査学会 協賛参加申込書

本申込書にご記入の上、**FAX またはメール**にてお申し込みください。

申込み締め切りは、令和 2 年 5 月 31 日（日）です。

申込先 FAX 番号：0276-55-2413

E-mail：65th.gakkai@gmail.com

太田記念病院 臨床検査部 金井 敬幸（カナイ タカユキ）

〒373-8585 群馬県太田市大島町 455-1 電話番号：0276-55-2200

申込日 令和 2 年 月 日

御社名：_____

御担当者：_____

電話番号：_____

E-mail：_____

ランチョンセミナー申込書（参加料 50,000 円）

演題名
発表者

機器展示、リーフレット配布・器材展示申込書

（機器、リーフレット共 1 小間 30,000 円）

	機器展示	リーフレット・器材展示
小間数	() 小間	() 小間
展示機器名		
必要電力数		

広告掲載申込書

広告サイズ（いずれかに○を）	1,250 部印刷予定、すべて A 4 サイズです。		
1. 表紙内側	50,000 円		
2. 裏表紙	50,000 円		
3. 裏表紙内側	30,000 円		
4. 上記以外	20,000 円		
原稿について （いずれかに○を）	1. 郵送	2. 担当者が持参	3. ファイル（PDF 等）をメールで

申込金額合計 円

協賛内容が決定しましたら振込先等を記載した請求書をお送りいたします。