

第17回日本補完代替医療学会学術集会

特別講演・産学連携展示ブース・広告募集

申込書

◆申込書の事務局への到着と同時に契約は成立します◆

当社は第17回 日本補完代替医療学会学術集会に関し、下記のとおり申し込みます。

申込年月日 年 月 日

会社名	印	担当部署
代表者		担当者名 印
住所 〒□□□-□□□□		TEL
		FAX

mail:

資本金 設立年月日 年 月 日 従業員数 人

展示予定製品(必ずご記入ください)
(併設展示お申し込みの場合)

※展示商品・内容が本学会にふさわしくない場合は出展をお断りする場合があります(例…時計、貴金属など)

お申し込み

※ご希望の項目にチェックをしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	種類	募集数・掲載サイズ	合計金額
<input type="checkbox"/>	①特別講演：演題発表50分 展示1ブース付	4社限定	500,000円(税別)
<input type="checkbox"/>	②産学連携発表・展示ブース 2m	20社限定	150,000円(税別)
<input type="checkbox"/>	③抄録集広告掲載	<input type="checkbox"/> 1/2頁 サイズ:135×190mm	30,000円(税別)
		<input type="checkbox"/> 1頁 サイズ:280×190mm	60,000円(税別)
*開催日が11月ですので、消費税は8%になります。			合計 円(税別)

お申し込み期限/料金支払い期限

①特別講演は申込時半金(50%)

●残金は平成26年9月1日(月)までにお支払いください

③産学連携発表・展示ブースは、お申し込み時に全額をお支払いください

④抄録集広告掲載 ※広告申し込み期限=9月1日(月)まで/広告掲載料は広告入稿と同時に全額をお支払いください

振込銀行
みずほ銀行 金沢支店
(普) 1101129
日本補完代替医療学会
(ニホンホカンタイイリョウガクカイ)

送付先
第17回日本補完代替医療学会学術集会
大会運営事務局
〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町3-11-8 STビル3F
TEL.03-3661-2570 FAX.03-3661-2571

※お問い合わせは、下記大会運営事務局まで。

大会運営事務局

東京都中央区日本橋人形町 3-11-8 STビル 3F 日本補完代替医療学会東京事務局内 TEL.03-3661-2570 FAX.03-3661-2571

大会本部

金沢市石引 1-5-28

<http://www.jcam-net.jp>