FAX:097-540-5597

申込期限：2019年8月31日(土)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局

〒870-0100 大分市大字駄原2892-1 大分県医師会館5F　TEL 097-540-5526

**Ａ**

第37回大分県病院学会**広告掲載申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2019年　　月 　　日

ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡・ご案内以外には使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴社・貴団体 | 名　称 | 　 |
| 住　所 | （〒　　　-　　　　　　　　） |
| 実務担当者 | 氏　名 | 　ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 部署・役職名※(住所) |  |
| TEL | 　 | FAX |  |
| E-mail |  |

実務担当者の※（住所）は、請求書と抄録集のご送付先となりますので、所属部署の住所が上段と異なる場合にのみご記入ください。

（2）広告サイズ　…　具体的なサイズは、協会ホームページにてご確認下さい。

① A4版白黒(左右180㎜×天地260㎜) 1ページ　　　　　　　　　　（税込8万円）

② A4版白黒（左右180㎜×天地125㎜） 1/2ページ・横 　　　（税込5万円）

③ A4版白黒（左右180㎜×天地60㎜） １/4ページ・横長 （税込3万円）

④ A4版白黒（左右80㎜×天地125㎜） １/4ページ・縦　 （税込3万円）

（3）広告データの提出手段　　　＊9月16日（月）　事務局必着

　　①Eメール添付　　　②郵送・宅配　　　③持込　　　④前回の掲載データを使用希望のため提出しない

　　⑤その他（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）

（4）広告データ　　※(3)で④を選択した場合は記載不要

　　 ①デジタルデータ　　　②版下　　　③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（5）提出データの返却について　　　〔　　要　　・　　不要　　〕　※(3)で①④を選択した場合は記載不要

（6）その他連絡事項　 差支えなければ、ご紹介者のお名前又は病院名をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |

FAX:097-540-5597

申込期限：2019年8月31日(土)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局

〒870-0100 大分市大字駄原2892-1 大分県医師会館5F　TEL 097-540-5526

**Ｂ**

第37 回大分県病院学会**企業展示出展申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2019年　 　月 　　日

 ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡・ご案内以外には使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴社・貴団体 | 名　称 | 　 |
| 住　所※1 | （〒　　　-　　　　　　　　） （TEL　　 　　　-　　 　　　　-　 　　　 　　） |
| 実務担当者 | 氏　名 | 　ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 部署・役職名(住所)※2 |  |
| TEL | 　　 | FAX |  |
| E-mail |  |

※1抄録集には貴社名称と電話番号を掲載いたします。

※2実務担当者住所は、所属部署の住所が上段と異なる場合にのみご記入ください。

（2）申込内容

ご希望区画番号　第１希望〔　　　　　　　〕第２希望〔　　　　　　　　〕第３希望〔　　　　　　　　〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 単価（税込） | 個数 | 金額 |
|  基本料金（机1台・バックパネル・サイドパネル含） | 50,000円 |  | 円 |
| 基本レイアウトのバックパネル種別 | （　A　・　B　） いずれかに○ |
| 基本レイアウトの机種別 | （　A　・　B　） いずれかに○ |
| 追　加　オ　プ　シ　ョ　ン | **※**電源の設置（1口１KWまで1千円） | 1,000円 |  | 円 |
| バックパネルＡ （120㎝×200㎝　マグネット可･押しピン不可） | 1,000円 |  | 円 |
| バックパネルＢ （120㎝×185㎝　押しピン可･マグネット不可） | 1,000円 |  | 円 |
| 机Ａ （60㎝×180㎝：茶、前タレ無し） | 1,000円 |  | 円 |
| 机Ｂ （45㎝×180㎝：白、前タレ付） | 1,000円 |  | 円 |
| 白布　（展示スペース内ディスプレイ用） | 1,000円 |  | 円 |
| 合　　　　　　計 | 円 |

**※電源は基本レイアウトに含まれていません。**設置が必要な場合は必ずご記入下さい。

また持ち込み機器の詳細も下記にご記入下さい。

・　持込機器　　 台数　　　　　　　　　　内容

・　消費電力は合計　　　　　　　　　　　　　　W程度の見込み。

（3）展示内容　抄録集に掲載します。50文字以内で具体的にご記入下さい。掲載例は協会ホームページをご覧下さい。

（4）その他連絡事項　 差支えなければ、ご紹介者のお名前又は病院名をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |

FAX:097-540-5597

申込期限：2019年6月30日(日)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局

〒870-0100 大分市大字駄原2892-1 大分県医師会館5F　TEL 097-540-5526

**Ｃ**

第37回大分県病院学会**ランチョンセミナー申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2019年　　月 　　日

ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡・ご案内以外には使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴社・貴団体 | 名　称 | 　 |
| 住　所 | （〒　　　-　　　　　　　　） |
| 実務担当者 | 氏　名 | 　ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 部署・役職名※(住所) |  |
| TEL | 　 | FAX |  |
| E-mail |  |

実務担当者の※（住所）は、請求書と抄録集のご送付先となりますので、所属部署の住所が上段と異なる場合にのみご記入ください。

（2）申込内容

① ご希望会場(仮)番号　 第１希望〔　　　　 〕 第２希望〔　　　　　 〕 第３希望〔　　　　　 〕

② コンベンションホール内の展示ブース1区画　　〔　 要 　・　 不要 　〕　←いずれかに○を

　　…要の場合、「申込書Ｂ」も一緒に送付。不要の場合、下記共催費用より5万円を値引き。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会場（仮） | 場　　所 | 席　数 | 共催費用（税込） |
| １ | 中会議室（1階） | 机無し ～170席 | 40万円 |
| ２ | レセプションホール（2階） | 机有り ～300席 | 60万円 |
| ３ | 小会議室2･3（地下1階） | 50～110席 | 25万円 |
| ４ | 小会議室31（3階） | 70～140席 | 30万円 |
| ５ | 小会議室32（3階） | 30～70席 | 20万円 |

（3）予定演者（氏名・所属・役職）：

|  |
| --- |
|  |

（4）予定演題名：

|  |
| --- |
|  |

（5）その他連絡事項：

|  |
| --- |
|  |

 FAX:097-540-5597

申込期限：2019年10月31日(木)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局

〒870-0100 大分市大字駄原2892-1 大分県医師会館5F　TEL 097-540-5526

**Ｄ**

第37回大分県病院学会**寄附金申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2019年　　月 　　日

ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡・ご案内以外には使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴社・貴団体 | 名　称 | 　 |
| 住　所 | （〒　　　-　　　　　　　　） |
| 実務担当者 | 氏　名 | 　ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 部署・役職名※(住所) |  |
| TEL | 　 | FAX |  |
| E-mail |  |

実務担当者の※（住所）は、請求書と抄録集のご送付先となりますので、所属部署の住所が上段と異なる場合にのみご記入ください。

（2）申込内容

|  |  |
| --- | --- |
| 　寄附口数　　（1口5万円） | 口　　 |
| 　寄附金額 | 金　　　　　　　　円也 |

（3）その他連絡事項

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |