FAX:097-540-5597

申込期限：2025年5月15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

**Ａ**

第43回大分県病院学会**広告掲載申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2025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。（※いずれかに〇を）

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

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

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

④ A4版白黒 1/4ページ・縦（左右80㎜×天地125㎜） ：税込3万円

（3）広告データの提出手段　　※ 5月15日（木）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）データ種類 … (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・ご紹介者のお名前、病院名をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |

FAX:097-540-5597

申込期限：2025年5月12日(月)

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43回大分県病院学会**企業展示出展申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2024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1200Wまで1千円） | 1,000円 |  | 円 |
| バックパネルＡ (幅120㎝×高さ200㎝　マグネット可･押しピン不可) | 1,000円 |  | 円 |
| バックパネルＢ (幅120㎝×高さ185㎝　押しピン可･マグネット不可) | 1,000円 |  | 円 |
| 机Ａ （幅60㎝×長さ180㎝：茶、前タレ無し） | 1,000円 |  | 円 |
| 机Ｂ （幅45㎝×長さ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・ご紹介者のお名前、病院名をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |

FAX:097-540-5597

申込期限：2025年4月10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

**Ｃ**

第43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　　2025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 ご希望会場名　 第１希望〔　　　　　　　 〕 第２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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会場名 | 場　　所 | 最大席数 | 共催費用（税込） |
| Ｃ会場 | 中会議室（1階) | ～176席（机無し) | 35万円 |
| Ｄ会場 | 小会議室31（3階) | ～150席（机無し) | 30万円 |
| Ｆ会場 | 小会議室32（3階) | ～42席（机有)・～70席（机無) | 20万円 |
| Ｇ会場 | 小会議室2･3（地下1階) | ～60席（机有)・～110席（机無) | 25万円 |

（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：2025年7月20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

**Ｄ**

第43回大分県病院学会**寄附金申込書**（FAX可）

（1）申込日　　2025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

寄附金額：　　　　　　　　　　円

（3）その他連絡事項

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