

送付先：第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 運営事務局
FAX：086-250-7682 E-mail：jspucs24@kwcs.jp
申込締切…2024年2月29日（木）

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会

寄付金 回答書

年 月 日

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 会長 赤松 順 殿

下記のとおり寄付を

申し込みます 申し込みません

※本会への寄付金お申込みについて、いずれかに印を付け、FAXにてご返送ください。

寄付申込者 〒

住 所 _____

法人名 _____

氏 名 _____ (印)

記

1. 寄付金額	¥ _____
2. 指定研究者等の氏名	第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 会長 赤松 順 (社会医療法人近森会 近森病院 形成外科)
3. 寄付の目的及び条件	標記学会に対する運営経費の一部に充てる
4. 振込先	銀行名：四国銀行 店名：本店営業部 店番：051 預金種目：普通預金 口座番号：5233607 口座名：第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 代表 赤松 順 (ダイ24カインホジヨクソウカツカイチユウゴクシヨクチホウカイゲキジユツシユカイ) ____年 ____月 ____日に <input type="checkbox"/> 振込みました。 <input type="checkbox"/> 振込みします。
5. 連絡先	担当部課
	担当者名
	TEL： _____ FAX： _____
	E-mail： _____
6. その他	

送付先：第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 運営事務局

FAX：086-250-7682 E-mail：jspucs24@kwcs.jp

申込締切…2023年7月31日(月)

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会

共催セミナー(講演) 回答書

年 月 日

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 会長 赤松 順 殿

下記のとおり共催セミナーを

申し込みます 申し込みません

※本会への共催セミナー(講演)お申込みについて、いずれかに印を付け、FAXにてご返送ください。

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会

共催セミナー(講演) 申込書

貴社名				
ご担当所属				
ご担当者名				
ご連絡先	〒			
	TEL:	FAX:		
	E-mail:			
申込セッション ※第2希望までお書きください。	セッション名	開催日	会場	共催費
		3月17日(日)		_____円
		3月17日(日)		_____円
予定演題名				
予定座長	氏名			
	所属			
予定演者	氏名			
	所属			
備考	※ハンズオンセミナーの場合は機材等お書きください。			

送付先：第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 運営事務局

FAX：086-250-7682 E-mail：jspucs24@kwcs.jp

申込締切…2023年12月22日（金）

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会

広告掲載 回答書

年 月 日

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会 会長 赤松 順 殿

下記のとおり広告掲載を

申し込みます 申し込みません

※本会への広告掲載お申込みについて、いずれかに印を付け、FAXにてご返送ください。

第24回日本褥瘡学会中国四国地方会学術集会

広告掲載 申込書

※該当の口に✓印を付けてください。

種類	募集予定数	掲載料（税込）
<input type="checkbox"/> 表4 1頁（裏表紙・モノクロ）	1 枠	¥ 55,000-
<input type="checkbox"/> 表2 1頁（表紙の裏・モノクロ）	1 枠	¥ 55,000-
<input type="checkbox"/> 表3 1頁（裏表紙の裏・モノクロ）	1 枠	¥ 55,000-
<input type="checkbox"/> 後付 1頁（モノクロ）	10枠	¥ 38,500-
<input type="checkbox"/> 後付 1/2頁（モノクロ）	5 枠	¥ 27,500-

料 金： ¥ _____ -

版 下： _____ 年 _____ 月 _____ 日 運営事務局宛に送付します。

※版下送付締切：2023年12月22日（金） 必着

貴社名		
ご担当所属		
ご担当者名		
ご連絡先	〒	
	TEL:	FAX:
	E-mail:	

