

申込締切：令和4（2022）年1月14日（金）

FAX 返信先：086-250-7682

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 協賛・共催セミナー事務局 宛
E-mail：okayama-uhim2021@kwcs.jp

_____年 _____月 _____日

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議

寄付金 申込書

本会への寄付金お申込みについて、下記項目と寄付金額をご記入の上、FAX または Eメール添付にてお申し込みください。

〒

住 所 _____

法人名 _____

氏 名 _____

1 寄付金額	¥
2 指定研究者等の氏名	令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 郷原 英夫(岡山大学病院 医療情報部 部長/教授)
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》中国銀行 清輝橋支店 [店番号：110] 口座番号》普通預金 2525560 口 座 名》大学病院情報マネジメント部門連絡会議 大会長 郷原 英夫 (タカクビヨウジヨホマゼジメントブモンレンカクイ タカハラゴウハラヒデオ) 20____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: _____ E-mail: _____
6 その他	

申込締切：令和3（2021）年7月30日（金）

FAX 返信先：086-250-7682

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 協賛・共催セミナー事務局 宛
E-mail：okayama-uhim2021@kwcs.jp

_____年 _____月 _____日

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議

共催セミナー 申込書

本会への共催セミナーについて、下記項目と希望内容をご記入の上、FAX または Eメール添付にてお申し込みください。
複数のセミナーをお申し込みの場合は、本用紙をコピーの上、それぞれ別紙にてご送付ください。

ふりがな 貴社名																	
ご担当 所属																	
ご担当者名																	
ご連絡先	〒																
	TEL： _____ FAX： _____																
	E-mail： _____																
希望枠	<table border="1"><thead><tr><th>セッション名</th><th>開催日</th><th>希望タイプ</th><th>共催費</th></tr></thead><tbody><tr><td>記入例 ランチョンセミナー</td><td>1月20日(木)</td><td>Aクラス</td><td>440,000円</td></tr><tr><td>第1希望</td><td>1月20日(木)</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td>第2希望</td><td>1月20日(木)</td><td></td><td>円</td></tr></tbody></table>	セッション名	開催日	希望タイプ	共催費	記入例 ランチョンセミナー	1月20日(木)	Aクラス	440,000円	第1希望	1月20日(木)		円	第2希望	1月20日(木)		円
	セッション名	開催日	希望タイプ	共催費													
	記入例 ランチョンセミナー	1月20日(木)	Aクラス	440,000円													
第1希望	1月20日(木)		円														
第2希望	1月20日(木)		円														
セミナー 予定内容※																	
座長※	氏名																
	所属																
演者※	氏名																
	所属																
備考	複数のセミナーを申込み場合はその旨ご記入ください。 また、2社共催の場合は、もう一社の社名・担当者・連絡先等、お手数ですがご記入ください。																

※ 未定の場合は空欄可

申込締切：令和3（2021）年10月29日（金）

FAX 返信先：086-250-7682

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 協賛・共催セミナー事務局 宛
E-mail：okayama-uhim2021@kwcs.jp

_____年 _____月 _____日

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議

企業展示 申込書

本会への企業展示お申込みについて、下記項目をご記入の上、FAX または E メール添付にてお申し込みください。

ふりがな 貴社名	
ご担当所属	
ご担当者名	
ご連絡先	〒
	TEL： _____ FAX： _____
	E-mail： _____
申込み内容	基礎小間 1小 間 ¥220,000 × 小間
	書籍展示 1 卓 ¥11,000 × 卓
合 計	¥
出展物 (予定)	
展示台 予定に○してください	使用する ・ 使用しない ・ 未定
電 気 予定に○してください	使用する (_____ W) ・ 使用しない ・ 未定 ※200W を超える仕様は別途有料オプションとなります。
備 考	

申込締切：令和3（2021）年10月29日（金）

FAX 返信先：086-250-7682

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 協賛・共催セミナー事務局 宛
E-mail：okayama-uhim2021@kwcs.jp

____年 ____月 ____日

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議

展示ルーム 申込書

本会への展示ルームのお申込みについて、下記項目をご記入、部屋タイプをご選択の上、FAX またはEメール添付にてお申し込みください。

ふりがな 貴社名	
ご担当所属	
ご担当者名	
ご連絡先	〒
	TEL： _____ FAX： _____
	E-mail： _____
使用目的 (予定)	
部屋タイプ	<input type="checkbox"/> 301 会議室 (2 分割) 550,000 円 (税込) <input type="checkbox"/> 302 会議室 660,000 円 (税込)
LAN 回線	・ 使用する ・ 使用しない ・ 未定
電 気 予定に○してください	使用する (_____ W) ・ 使用しない ・ 未定 ※ 200W 以上の仕様は別途有料オプションとなります。
備 考	

申込締切：令和3（2021）年10月29日（金）

FAX 返信先：086-250-7682

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 協賛・共催セミナー事務局 宛
E-mail：okayama-uhim2021@kwcs.jp

____年 ____月 ____日

令和3(2021)年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議

広告 申込書

本会への広告掲載お申込みについて、下記項目のご記入といずれかの種類に印を付け、FAX または Eメール添付にてお申し込みください。

該当の□に✓印を付けてください。

種類	印刷色	掲載料（税込）
<input type="checkbox"/> 表4	カラー	165,000円
<input type="checkbox"/> 表3	カラー	132,000円
<input type="checkbox"/> 表2	カラー	132,000円
<input type="checkbox"/> 後付 1頁	モノクロ	88,000円
<input type="checkbox"/> 後付 1/2頁	モノクロ	55,000円

※表2,表3,表4については、複数のお申込みがあった場合、締切後に事務局にて決定の後ご連絡いたします。

版 下： ____年 ____月 ____日 協賛・共催セミナー事務局宛に送付します。

※ 版下送付締切：令和3（2021）年10月29日（金）必着

ふりがな 貴社名	
ご担当所属	
ご担当者名	
ご連絡先	〒
	TEL： _____ FAX： _____
	E-mail： _____
備 考	