第21回日本脳腫瘍の外科学会　連絡事務局　行

FAX：03-5425-1605

S

第21回日本脳腫瘍の外科学会
共催セミナー申込書

第21回日本脳腫瘍の外科学会
会長　斉藤　延人　殿

下記の通り共催を申込致します。　　年　　月　　日

貴社名	印		
ﾌﾘｶﾞﾅ ご担当者名	印		
ご所属部署			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
希望セミナー	*ご希望のセミナーに☑の上、セミナー申込番号をご記入下さい。 複数セミナーのお申込も歓迎致します。 ●第１希望 □ランチョンセミナー　申込番号　（　　） □招待講演　申込番号　（　　） □イブニングセミナー　申込番号　（　　） □モーニングセミナー　申込番号　（　　） ●第２希望 □ランチョンセミナー　申込番号　（　　） □招待講演　申込番号　（　　） □イブニングセミナー　申込番号　（　　） □モーニングセミナー　申込番号　（　　） 記入例: ●第１希望 ☑ランチョンセミナー　申込番号　（ L-1 ）		
その他希望事項			

2016年2月19日(金)までにお申し込みください。

第21回日本脳腫瘍の外科学会　連絡事務局　行

FAX：03-5425-1605

E

第21回日本脳腫瘍の外科学会
医療機器展示会出展申込書

第21回日本脳腫瘍の外科学会
会長　斉藤　延人　殿

下記の通り出展申込致します　　年　　月　　日

貴社名	印		
ﾌﾘｶﾞﾅ ご担当者名	印		
ご所属部署			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
申込小間数	小間		
小間仕様	基礎小間使用　・　スペース渡し （いずれかを○で囲んで下さい）		
使用電力量	100V（　　）W,　200V（　　）W		
主要展示物	（主たる展示品目をご記入下さい）		
その他希望事項			

2016年5月16日(月)までにお申し込みください。

第21回日本脳腫瘍の外科学会　連絡事務局　行

FAX：03-5425-1605

P

第21回日本脳腫瘍の外科学会
プログラム・抄録集広告掲載申込書

第21回日本脳腫瘍の外科学会
会長　斉藤　延人　殿

下記の通り申込致します　　年　　月　　日

貴社名	印		
ﾌﾘｶﾞﾅ ご担当者名	印		
ご所属部署			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
掲載希望頁	表４　・　表２　・　表３ 後付１頁(モノクロ)　・　後付 1/2 頁(モノクロ) (いずれかを○で囲んで下さい)		
掲載料	¥		
その他希望事項			

2016年5月16日(月)までにお申し込みください。