

FAX: 03-6803-1534

申込期限:2018年4月30日

申し込み先: 第48回日本臨床神経生理学会学術大会・第55回技術講習会 運営事務局
株式会社ケイ・メッド 担当者: 小林
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

第48回日本臨床神経生理学会学術大会 ランチョンセミナー申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
		印
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	FAX
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください
※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆申込内容 ※希望日時(第2希望まで必須)および希望規模(タイプ)の該当欄に☑印をご記入ください。
※複数のセッション希望もお受けします。

希望開催日: 第1希望 11月8日(木) 11月9日(金) 11月10日(土)
第2希望 11月8日(木) 11月9日(金) 11月10日(土)

希望規模: タイプA: 450席(1,620,000円)
 タイプB: 200~250席(1,296,000円)
 タイプC: 200席未満(1,080,000円)

☞ 申込時点でのセミナー概要を下記にご記入ください。未定の場合は「未定」としてください。

予定座長(氏名・所属・役職): _____

予定演者1(氏名・所属・役職): _____

予定演題名1: _____

予定演者2(氏名・所属・役職): _____

予定演題名2: _____

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----