

FAX:022-246-1754

E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

運営事務局 行

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

広告掲載申込書

送付日 年 月 日

貴社名			
住所	〒		
	-----		
ご担当者	ご氏名		
	部署		
	TEL		
	E-MAIL		

下記の通り広告の申込みをします。

【金額は税込み】

掲載希望箇所 掲載料金	<input type="checkbox"/> 表2 (表紙の裏) 110,000円	<input type="checkbox"/> 後付1頁 88,000円
	<input type="checkbox"/> 表3 (裏表紙の裏) 110,000円	<input type="checkbox"/> 後付1/2頁 55,000円
	<input type="checkbox"/> 表4 (裏表紙) 132,000円	
広告原稿	<input type="checkbox"/> 送付予定 月 日頃 (原稿は完全版下データにてご準備ください) <input type="checkbox"/> 送付済み	
備考	※その他ご希望、ご質問等ございましたらお書き添え下さい。	

【申込み・問合せ先】

第25回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
 株式会社 東北共立  
 〒982-0001 仙台市太白区八本松 2-10-11  
 TEL : 022-246-2591 FAX : 022-246-1754  
 E-MAIL: hgm23@tohoku-kyoritz.co.jp

FAX:022-246-1754

E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

運営事務局 行

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

ホームページバナー広告掲載申込書

送付日 年 月 日

貴社名		
住所	〒	
	-----	
ご担当者	ご氏名	
	部署	
	TEL	
	E-MAIL	

下記の通り広告の申込みをします。

【金額は税込み】

掲載料金	<input type="checkbox"/> 表2（表紙の裏） 55,000円
広告原稿	<input type="checkbox"/> 送付予定 月 日頃 （原稿は完全データにてご準備ください） <input type="checkbox"/> 送付済み
備考	※その他ご希望、ご質問等ございましたらお書き添え下さい。

【申込み・問合せ先】

第25回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
 株式会社 東北共立  
 〒982-0001 仙台市太白区八本松 2-10-11  
 TEL：022-246-2591 FAX：022-246-1754  
 E-MAIL: hgm23@tohoku-kyoritz.co.jp

FAX:022-246-1754

E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

運営事務局 行

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

機器展示申込書

送付日 年 月 日

貴社名			
住所	〒		
	-----		
ご担当者	ご氏名		
	部署		
	TEL		
	E-MAIL		

下記の通り展示の申込みをします。

申込小間数	_____小間 × 165,000円(税込)	<input type="checkbox"/> 背面パネル	<input type="checkbox"/> 展示台
出展料金		<input type="checkbox"/> 白布	※持込の場合はチェック不要
基本設備		<input type="checkbox"/> 社名版	
使用電力量	<input type="checkbox"/> 100V ( _____ ) W	コンセント口数	
コンセント数	<input type="checkbox"/> 使用なし	_____ <input type="checkbox"/>	
展示物 配布物	※概略/予定で結構です。		
備考	※その他ご希望、ご質問等ございましたらお書き添え下さい。		

【申込み・問合せ先】

第25回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
 株式会社 東北共立  
 〒982-0001 仙台市太白区八本松 2-10-11  
 TEL : 022-246-2591 FAX : 022-246-1754  
 E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

FAX:022-246-1754

E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

運営事務局 行

第25回日本病院総合診療医学会学術総会  
セミナー共催申込書

送付日 年 月 日

貴社名			
住所	〒		
ご担当者	ご氏名		
	部署		
	TEL		
	E-MAIL		

下記の通り共催の申込みをします。

希望枠 共催費	セッション	開催日時	会場	席数	共催費(税込)
	<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー1	8月19日(金)	第1会場	200席	550,000円
	<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー2	8月19日(金)	第2会場	200席	550,000円
	<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー3	8月20日(土)	第1会場	200席	550,000円
	<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー4	8月20日(土)	第2会場	200席	550,000円
講演内容 (タイトル)					
座長 (氏名・所属)					
演者 (氏名・所属)					
備考	※その他ご希望、ご質問等ございましたらお書き添え下さい。				

【申込み・問合せ先】

第25回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
株式会社 東北共立

〒982-0001 仙台市太白区八本松 2-10-11

TEL : 022-246-2591 FAX : 022-246-1754

E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp

申込締切：2022年8月19日

**FAX:022-246-1754**

**E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp**

第25回日本病院総合診療医学会学術総会

運営事務局 行

**第25回日本病院総合診療医学会学術総会  
寄付金申込書**

送付日 年 月 日

金	円也
---	----

貴社名		
住所	〒	
ご担当者	ご氏名	
	部署	
	TEL	
	E-MAIL	

**【申込み・問合せ先】**

第25回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
株式会社 東北共立  
〒982-0001 仙台市太白区八本松 2-10-11  
TEL : 022-246-2591 FAX : 022-246-1754  
E-MAIL: hgm25@tohoku-kyoritz.co.jp