

▼FAX 送付先 : 03-3263-8693

第 50 回日本薬剤師会学術大会 運営事務局 宛

申込締切 : 2017 年 4 月 20 日 (木)

共催セミナー 申込書

申込日 : 年 月 日

フリガナ

貴社名 :

ご住所 : (〒 -)

フリガナ

ご担当者 : (氏名)

(部署)

(TEL)

(FAX)

(E-mail)

◆募集要項をご確認の上、ご希望の共催セミナー種類 (A~G) に○をご記入ください。

種類	種別	席数	共催費(税込)
A	ランチョンセミナー	300 席以上	¥1,080,000
B		201 席以上 300 席未満	¥972,000
C		200 席未満	¥864,000
D	ブランチセミナー	201 席以上 300 席未満	¥756,000
E		200 席未満	¥540,000

◆希望座長及び演者をご記入ください。(演者 2 は演者が 2 名の場合にご記入ください)

	氏名	ご所属	テーマ
座長			
演者 1			
演者 2			