

【ご提出】E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp、FAX:052-262-5084

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ 宛
申込締切:2023年12月15日(金)

第74回日本病院学会 共催セミナー申込書

申込日: 年 月 日

貴社名	
部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	〒 TEL: FAX: E-mail:

■ ご希望共催枠(ご希望共催枠の番号をご記入ください)

ご希望共催枠 【第1希望_____第2希望_____】

テーマ(予定)_____

座長(予定)_____

演者(予定)_____

■ 備考

--

【お問い合わせ先】

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ
〒460-0008 名古屋市中区栄3-32-20 朝日生命ビル
TEL:052-262-5070 FAX:052-262-5084 E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp

【ご提出】E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp、FAX:052-262-5084

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ 宛
申込締切:2024年3月29日(金)

第74回日本病院学会
企業展示・書籍展示申込書

申込日: 年 月 日

貴社名	
部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	〒 TEL: FAX: E-mail:

■ 申込小間数・出展料

小間タイプ	出展料(消費税込)	お申込み
医療機器・医薬品等 基礎小間	220,000 円/小間	[]小間
医療機器・医薬品等 スペース小間	220,000 円/小間	[]小間
書籍展示小間	11,000 円/本	[]本

■ 主な出展内容 / 備考

--

【お問い合わせ先】

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ

〒460-0008 名古屋市中区栄 3-32-20 朝日生命ビル

TEL:052-262-5070 FAX:052-262-5084 E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp

【ご提出】E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp、FAX:052-262-5084

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ 宛
申込締切:2024年3月29日(金)

第74回日本病院学会 広告掲載申込書

申込日: 年 月 日

貴社名	
部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	〒 TEL: FAX: E-mail:

■ 広告詳細: 掲載を希望する種類の「お申込み」欄に○印をご記入ください。

	種類	タイプ	金額(税込)	お申込み
1	表4(裏表紙)	カラー 1頁	275,000円	
2	表3(裏表紙の裏)	カラー 1頁	220,000円	
3	表2(表紙の裏)	カラー 1頁	220,000円	
4	後付A	モノクロ 1頁	132,000円	
5	後付B	モノクロ 1/2頁	88,000円	

■ 備考

--

【お問い合わせ先】

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ
〒460-0008 名古屋市中区栄 3-32-20 朝日生命ビル
TEL:052-262-5070 FAX:052-262-5084 E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp

【ご提出】E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp、FAX:052-262-5084

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ 宛
申込締切:2024年5月31日(金)

第74回日本病院学会 ホームページバナー広告掲載申込書

申込日: 年 月 日

貴社名	
部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	〒 TEL: FAX: E-mail:

■広告料金: 「お申込み」欄に○印をご記入ください。

掲載料 (税込)	お申込み
¥110,000	

■備考

--

【お問い合わせ先】

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ

〒460-0008 名古屋市中区栄 3-32-20 朝日生命ビル

TEL:052-262-5070 FAX:052-262-5084 E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp

【ご提出】E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp、FAX:052-262-5084

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ 宛
申込締切:2024年4月26日(金)

第74回日本病院学会 ネームホルダー協賛申込書

申込日： 年 月 日

貴社名	
部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	〒 TEL: FAX: E-mail:

■申込内容 ※下記□内にチェックマークをご記入ください。

協賛趣旨・内容を理解し、申込いたします。

ネームホルダー個数・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 個

■備考欄

--

【お問い合わせ先】

第74回日本病院学会 運営事務局
株式会社コンベンションリンクージ
〒460-0008 名古屋市中区栄 3-32-20 朝日生命ビル
TEL:052-262-5070 FAX:052-262-5084 E-mail:jha2024@c-linkage.co.jp