企業展示　募集要項

1. 展示会場 (紀南病院敷地内)紀南看護専門学校　　4階予定

2. 出展対象 医療機器・検査機器・医薬品・医療情報機器・システム・書籍　他

3. 出展料総額 100,000円（予定額）

4. 募集小間数 2　小間（予定）

5. 出展料金 50,000円（税込）

6. 小間規格 基準小間：1小間＝間口2.0m ×　奥行1.5m　×　高さ2.1m

　　　　　　　　　特別な展示台の準備がございませんので、会場の机をご利用いただきますようお願いいたします。また、バックパネルをご希望の場合は、追ってご案内いたします出展要項にて別途オプション備品をお申し込み下さい(施設壁面への直接貼付不可)。

7. スケジュール　会期：令和6年6月29日（土）・6月30日（日）

　　　　　　　　　　搬入・設置：令和6年6月28日（金）午後6時頃(予定)

　　　　　　　　　　搬出・撤去：令和6年6月30日（日）プログラム終了後(予定)

8. お申し込み締切：2024 年 4月 30 日（火）

9. 申込方法**：**申込書に記載された場所へ送付願います。

10. 振込先：銀行名：三菱UFJ銀行　支店名：秋葉原駅前支店

店番：666 口座番号：普通口座　0186786

口座名義：一般社団法人　日本臨床検査専門医会　年次大会

**(シヤダンホウジンニホンリンシヨウケンサセンモンイカイネンジタイカイ)**

　　　　　 ※お振込み⼿数料は貴社にてご負担ください。

一般社団法人日本臨床検査専門医会 第３回年次大会

企業展示申込書

年　　月　　日

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

※メールまたはファクシミリにてお申込みください。

◆　小間数・金額

|  |
| --- |
| 小間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

◆　お振込予定日

　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受付日 |  | 受付番号 |  | 備考 |  |

【お問合せ/送付先】　一般社団法人日本臨床検査専門医会 事務局

TEL：03-3864-0804　 FAX：03-5823-4110 E-mail : senmon-i@jaclap.org