

出展募集要項

概要

- 名称：第24回日本胎盤臨床医学会大会
- 日程：平成30年11月25（日） 会場へ郵送可
- 会場：KKR ホテル熱海（静岡県熱海市）

募集締切

- 申込締切日：平成30年9月14日（金）
- 申込み期限を過ぎますとプログラムに出展社名が入らない場合がございます。

出展料

- ￥100,000（賛助企業・初回出展企業）
- ￥150,000（上記以外）
- 納付締切日：平成29年9月14日（金） ※賛助企業は大会後にご精算
- 払込手数料はお申込者負担でお願いします。

出展スペース

- レセプションエリアでの出展となります。（予定）
- 事務用長机（W1800mm×D600mm×H700mm 程度）1脚をご用意致しますので、その範囲内での出展となります。
- 展示スタッフは責任者含め2名までとさせていただきます。お弁当の支給あり。
- 小間割については御一任願います。
- 使用電力には規制があります。（パソコン程度は可）
- 大型の機材はお持込頂けません。

配布物（任意）

- ご希望の場合は参加者全員に御社配布物・サンプル品をお配り致します。
- 配布料 ￥50,000

出展料お振込先

- 銀行振込
三菱UFJ銀行 月島支店 普通預金
口座番号 0088594 口座名義 一般財団法人日本胎盤臨床医学会

お問い合わせ

日本胎盤臨床医学会

東京都中央区築地 6-4-5-404

TEL：03-6264-2991 FAX：03-6264-3016

お電話でのお問合せ 平日 10：00～16：00

URL：<http://www.jpplaa.jp/>

E-mail：jplacenta@yahoo.co.jp

出展・配布申込書

貴会が、平成30年11月25日(日)に開催する第24回日本胎盤臨床医学会大会に、出展を希望します。

平成30年 月 日

下記いずれかに☑をしてください。

- 出展 100,000円
 配布 50,000円
 請求書 上記の請求書が必要

貴社名

ご住所 〒

出展責任者氏名

出展スタッフ氏名

TEL

FAX

e-mail

出展品名

出展品の内容

- 他リクエストがございましたらご記入ください
(例) ポスター掲示用パテーション、コンセント等
※別途費用がかかる場合がございます。

出展・配布を御希望の場合は、誠に恐縮ですが9月14日(金)までにこの用紙を日本胎盤臨床医学会事務局 FAX 03-6264-3016 までお送りいただけますようお願い申し上げます。