

第 24 回日本救急医学会九州地方会  
 ランチョンセミナー 申込書

(フリガナ) 貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

※印刷物などに表記させていただく場合がございます。会社名は正式名称でご記入ください。

1. 希望セミナー

※ご希望のセミナー名に☑をお願いします。

申込	会場名	収容人数(予定) ※シアター席	共催費 (10%税込)	枠数	開催日
<input type="checkbox"/>	第 1 会場 (医学部記念講堂)	397 席	605,000 円	1 枠	6 月 27 日(土)
<input type="checkbox"/>	第 2 会場 (良順会館 2F ホードインホール)	215 席	495,000 円	1 枠	6 月 27 日(土)

2. セミナー内容

※現時点でのプログラム案をご記入ください。別紙でのご提出、仮または、未定でも結構です。

(座長) \_\_\_\_\_ (所属) \_\_\_\_\_

(演者) \_\_\_\_\_ (所属) \_\_\_\_\_

(講演タイトル・テーマ)

備考欄
-----

2020 年 1 月 31 日(金) 締切

※申込書提出にあたっては、控えを保管いただきますようお願い致します。