

申込み締切:2023年7月31日(月)

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX : 03-6222-9875 E-mail : a-csc@a-csc.org

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会
共催セミナー申込書

申込年月日	年 月 日			
貴社名				
住所	〒			
ご担当者	氏名			
	部署			
	TEL		FAX	
	E-mail			

1. 下記の共催セミナーを申込みます。(該当欄に をつけ、開催日の希望をご記入ください。)

	税込価格	第1希望	第2希望
<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー Aクラス	¥2,200,000	開催希望日 (日) ・ (日)
<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー Bクラス	¥1,760,000	開催希望日 (日) ・ (日)
<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー Cクラス	¥1,540,000	開催希望日 (日) ・ (日)
<input type="checkbox"/> イブニングセミナー	¥1,540,000		
<input type="checkbox"/> モーニングセミナー	¥1,540,000		

2. 演題(テーマ)・座長・演者について(案)

※お申込み時点では未定でも構いませんが、申込締切までにお知らせください。

演題(テーマ) :

第1候補	第2候補		
司会 :	先生	先生	
(ご所属)	(ご所属)
第1候補	第2候補		
演者 :	先生	先生	
(ご所属)	(ご所属)

3. その他 (ご要望・連絡事項等ございましたらご記入ください。)

()

申込み締切:2023年10月6日(金)

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX : 03-6222-9875 E-mail : a-csc@a-csc.org

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 機器展示 出展申込書

申込年月日	年 月 日		
貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

1.機器展示について、以下のとおり出展を申込みます。

◇基礎小間 W1,800×D900	@330,000 円	小間
-------------------	------------	----

※基礎小間をご希望の場合は、下記のご記入もお願い致します。

展示台 使用する 使用しない 未定

電気 使用する (Kw) 使用しない 未定

◇フリーブース W2,000×D1,000	@330,000 円	小間
-----------------------	------------	----

※フリーブースは4小間以上でのお申込みとなります。

2.展示品・展示内容概略 (予定)

()

3.ご要望・連絡事項

()

申込み締切:2023年10月6日(金)

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX : 03-6222-9875 E-mail : a-csc@a-csc.org

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会
書籍展示 出展申込書

申込年月日	年 月 日			
貴社名				
住所	〒			
ご担当者	氏名			
	部署			
	TEL		FAX	
	E-mail			

お申込み内容

申込テーブル数 : 本 ※5,500円(税込) / 1本

- ※1. テーブルサイズ W1,800×D600 白クロス掛け
- ※2. 出展場所については、会長にご一任いただきます。
- ※3. 搬入・搬出時間等につきましては、別途ご案内します。
- ※4. 電源その他オプションについて、ご希望があれば下欄にご記入ください

◇その他 (ご希望・ご質問等ございましたらお書き添えください)

[]

申込み締切：2023年8月1日（火）

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX：03-6222-9875 E-mail：a-csc@a-csc.org

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会
プログラム・抄録集 広告掲載申込書

申込年月日	年 月 日		
貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

該当のものに をつけてください

1. 広告掲載について、以下の希望掲載枠を申込みます。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 表4（カラー） ¥275,000- | <input type="checkbox"/> 後付1頁（モノクロ） ¥110,000- |
| <input type="checkbox"/> 表2（モノクロ） ¥220,000- | <input type="checkbox"/> 後付半頁（モノクロ） ¥88,000- |
| <input type="checkbox"/> 表3（モノクロ） ¥176,000- | ※金額は税込価格です |

2. 広告原稿

送付予定日： 月 日

※原稿は完全版下（PDFまたはイラストレーター イラストレーターの場合は必ずアウトラインを取ってください）の状態でお送りください。必ず出力見本をご同封ください。版下は原則として返却いたしません。返却が必要な場合、送付時にお申し出ください。

3. その他（ご希望・ご質問等ございましたらお書き添えください。）

申込み締切:2023年10月6日(金)

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX : 03-6222-9875 E-mail : a-csc@a-csc.org

**第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会
ドリンク提供申込書**

申込年月日	年 月 日		
貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

◇お申込み内容

ご提供商品名 (予定)

ご提供本数 (予定)

申込み締切：2023年11月8日（水）

【送信先】

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX：03-6222-9875 E-mail：a-csc@a-csc.org

**第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会
寄附金申込書**

第34回日本臨床スポーツ医学会学術集会

会長 勝川 史憲 殿

下記の通り寄付を申し込みます。

金	円也
---	----

申込年月日	年 月 日			
貴社名				
住所	〒			
ご担当者	氏名			
	部署			
	TEL		FAX	
	E-mail			