

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jwsw15@shinsen-mc.co.jp
第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023年3月31日(金)

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ 共催セミナー申込書

御社名				
住所	〒			
ご担当者	部署			
	役職		氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
複数企業との共同開催の場合、 企業名をご記入ください				

希望枠について

第1希望	第2希望	募集枠名	募集枠	収容人数	共催費(税込)
		モーニングセミナー	1枠	100席以上	440,000円
		ランチョンセミナー	2枠	100席以上	880,000円
		スイーツセミナー	2枠	100席以上	440,000円
		スポンサードシンポジウム	5社	100席以上	110,000円

テーマ			
座長	氏名	ご所属	
演者	氏名	ご所属	
<ご要望がありましたらご記入ください>			

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jwsw15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jws15@shinsen-mc.co.jp
第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023年5月31日(水)

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ ハンズオンセミナー申込書

御社名				
住所	〒			
ご担当者	部署			
	役職		氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
複数企業との共同開催の場合、 企業名をご記入ください				

希望枠について

第1希望	第2希望	募集枠名	時間帯	募集枠	共催費(税込)
		ハンズオンセミナー	午前	2枠	220,000円
		ハンズオンセミナー	午後	2枠	220,000円

テーマ			
内容			
講師	氏名	ご所属	
<ご要望がありましたらご記入ください>			

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jws15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jsw15@shinsen-mc.co.jp
第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023年7月28日(金)

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ プログラム抄録集 広告掲載 申込書

申込欄	掲載面	スペース	募集口数	掲載料(税込)
	A	表4(裏表紙)カラー 1頁	1枠	165,000円
	B	表3(表紙裏)カラー 1頁	1枠	143,000円
	C	表2(裏表紙裏)カラー 1頁	1枠	143,000円
	D	後付 モノクロ 1頁 1頁	8枠	66,000円

【広告体裁】 ① 誌面全面仕様(裁ち切り) ② 枠内仕様 (余白有り)

【広告原稿】 ① 送付予定 月 日頃 ② 送付済み

【送付方法】 ① 郵送・宅配 ② メール送付

【原稿種類】 完全版下(・イラストレーター ・CD-R ・PDF)

貴社名				
プログラム 抄録集への記載名	※共同で広告を掲載されている企業様も、こちらにご記入ください。			
住所	〒			
ご担当者	部署		役職	
	氏名			
	TEL		FAX	
	E-mail			

【申込締切日】 2023年7月28日(金) 必着 【原稿締切日】 2023年7月31日(月) 厳守

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当: 東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jsw15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jsw15@shinsen-mc.co.jp
第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023年3月31日（金）

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ ホームページバナー 広告掲載 申込書

貴社名			
住所	〒		
ご担当者	部署		役職
	氏名		
	TEL		FAX
	E-mail		

【申込締切日】2023年3月31日（金）必着 【データ送付締切日】2023年4月7日（金）厳守

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jsw15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jws15@shinsen-mc.co.jp
第 15 回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023 年 7 月 28 日 (金)

年 月 日

第 15 回日本手関節外科ワークショップ 機器展示・書籍展示申込書

●機器展示

申込区分	W1,800mm×D900mm×H 2,400mm：1 小間 165,000 円× _____ 小間= _____ 円
------	---

●書籍展示

申込区分	書籍出展料 机 1 基 5,500 円× _____ 基= _____ 円
------	---------------------------------------

基礎小間仕様以外のオプション備品、基礎仕様内容の要・不要は別途「出展者へのご案内」にて締切後、改めてご案内いたします。

貴社名				
プログラム 抄録集への記載名				
住所	〒 _____			
ご担当者	部署			
	役職			
	氏名			
	TEL		FAX	
	E-mail			
特記事項				
出展内容 (主たる製品)				

【お問い合わせ・申込先】

第 15 回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺 1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jws15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先
FAX(025-278-7285) または E-mail:jws15@shinsen-mc.co.jp
第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限：2023年8月31日(木)

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ 寄附金申込書

第15回日本手関節外科ワークショップ事業に賛同し、その運営資金として下記の金額を寄附します。

金 額 円

上記金額を、_____年 月 日頃下記振込先に振込みいたします。

個人の場合	氏名:
法人の場合	法人名:
	代表者:
	担当者: 担当部課
住所:〒	
電 話:	FAX:
E-mail	

2023年8月31日(木)までにFAXまたはメールにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

お振込先

銀行・支店:第四北越銀行 新潟駅前支店(だいしほくえつ にいがたえきまえしてん) (店番号 253)
口座番号:(普通預金) 1967738
口座名義:一般財団法人 新潟手の外科研究所 理事長 牧 裕
(ざい)にいがたてのげかけんきゆうしよ りじちよう まき ゆたか)

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺 1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jws15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込先

FAX(025-278-7285) または E-mail:jws15@shinsen-mc.co.jp

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局 宛

申込期限: 2023年7月28日(金)

年 月 日

第15回日本手関節外科ワークショップ 物品提供 申込書

貴社名				
住所	〒			
ご担当者	部署		役職	
	氏名			
	TEL		FAX	
	E-mail			
提供内容				

【お問い合わせ・申込先】

第15回日本手関節外科ワークショップ 運営事務局
株式会社 シンセンメディカルコミュニケーションズ内
担当:東海林 豊、川崎 芽衣、渡邊 有希
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285
E-mail: jws15@shinsen-mc.co.jp

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----