

## 申込用 FAX (025-278-7285)

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・  
第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 運営事務局宛

年 月 日

申込期限：2023 年 2 月 28 日 (火)

### 第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 ランチョンセミナー申込書

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			

下記希望するセミナー(申込欄)に○をつけてください。

申込欄	開催日	共催費(税込)	設定席数(予定)	セッション枠
	5月20日(土)	330,000円	350席	1枠
	5月21日(日)	440,000円	350席	1枠

テーマ			
座長	ご氏名	ご所属	
演者	ご氏名	ご所属	

申込は2023年2月28日(火)までにFAXにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

#### 【お問い合わせ・申込先】

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 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：kitanihon2023@shinsen-mc.co.jp

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

# 申込用 FAX (025-278-7285)

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・  
第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2023 年 3 月 31 日 (金)

年 月 日

## 第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・ 第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 寄附金申込書

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会の目的、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:〒	
TEL:	FAX:
E-mail:	

2023 年 3 月 31 日 (金) までに FAX 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

- 振込先：第四北越銀行 白山支店 (店番号 231) だいしほくえつぎんこう はくさんしてん
- 口座番号：(普通預金) 5050044
- 口座名義：第 61 回日本口腔科学会・第 49 回日本口腔外科学会北日本地方部会  
会長 小林正治  
だいろくじゅういつかみにほんこうくうかがくかい・だいにんじゅうきゅうかい  
にほんこうくうげかがつかいきたにほんちほうかい かいちよう こばやしたただはる

### 【お問い合わせ・申込先】

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・  
第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 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  
〒950-0983 新潟市中央区神道寺 1-6-14  
担当:東海林 豊/川崎 芽衣/渡邊 有希  
TEL : 025-278-7232 FAX : 025-278-7285  
E-mail : kitanihon2023@shinsen-mc.co.jp

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

# 申込用 FAX (025-278-7285)

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・  
第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 運営事務局 宛

年 月 日

申込期限：2023 年 4 月 7 日 (金)

## 第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 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	募集数	金額 (税込み)
	A	表 4 (裏表紙) 1 頁	1 枠	88,000 円
	B	表 2 (表紙裏) 1 頁	1 枠	77,000 円
	C	表 3 (裏表紙裏) 1 頁	1 枠	66,000 円
	D	後付 1 頁 (モノクロ) 1 頁	5 枠	55,000 円
	E	後付 1/2 頁 (モノクロ) 1/2 頁	4 枠	33,000 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(・CD-R ・フィルム )

貴社名			
抄録集への 記載名※			
住所	〒		
ご担当者	部署		役職
	氏名		
	TEL		FAX
	E-mail		

※共同で広告を掲載されている企業様はご記入ください。

【申込締切日】 2023 年 4 月 7 日 (金) 必着 【原稿締切日】 2023 年 4 月 11 日 (火)

### 【お問い合わせ・申込先】

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 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：kitanihon2023@shinsen-mc.co.jp

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

# 申込用 FAX (025-278-7285)

年 月 日

第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・  
第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 運営事務局宛

申込期限：2023 年 4 月 7 日 (金)

## 第 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 企業展示、書籍展示申込書

### ● 企業展示：

申込区分	W1,800mm×D900mm×H2,100mm : 1 小間 77,000 円× 小間= 円
------	---

### ● 書籍展示：

申込区分	書籍出展料 机 2 基 11,000 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			
抄録集への 貴社記載名			
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 61 回日本口腔科学会北日本地方部会・第 49 回日本口腔外科学会北日本支部学術集会 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：kitanihon2023@shinsen-mc.co.jp

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