

申込用 FAX (025-278-7285) または
E-mail : kkce2023@shinsen-mc.co.jp

第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会 運営事務局 宛

申込期限 : 2023年8月31日 (木)

年 月 日

第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会 寄附金申込書

第3回関東甲信越臨床工学会の目的、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:〒	
電 話:	FAX:
E-mail:	

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

<p>お振込先</p> <p>■振込先: 第四北越銀行 白山支店 (店番号 231)</p> <p>■口座番号: (普通預金) 5051830</p> <p>■口座名義: 第3回 関東甲信越臨床工学会 <small>タイイサンカイカントウコウシンエツリンシヨウコウカ'ツカイ シ'ツコウイインチヨウ クマカ'イカス'ヒロ</small> 実行委員長 熊谷 一弘</p>
<p>【お問い合わせ・申込先】</p> <p>第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会運営事務局 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: kkce2023@shinsen-mc.co.jp</p>

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

申込用 FAX (025-278-7285) または
E-mail : kkce2023@shinsen-mc.co.jp

年 月 日

第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会 運営事務局 宛

申込期限 : 2023年7月24日 (月)

第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会 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	募集口数	掲載料(税込)
	A	表4(裏表紙)カラー 1頁	1口	100,000円
	B	表2(表紙裏)モノクロ 1頁	1口	80,000円
	C	表3(裏表紙裏)モノクロ 1頁	1口	80,000円
	D	後付モノクロ 1頁	10口	50,000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 メール送付 ② 郵送・宅配

【原稿種類】 完全版下(PDF ・ イラストレーター ・ CD-R)

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			

※抄録集の協賛ページに貴社名を記載させていただきます。

共同で広告を掲載されている企業様などは記載方法をご記入ください。

【申込締切日】 2023年7月24日 (月) 必着 【原稿締切日】 2023年7月31日 (月)

【お問い合わせ・申込先】

第3回関東甲信越臨床工学会および第11回新潟県臨床工学会運営事務局
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: kkce2023@shinsen-mc.co.jp

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

申込用 FAX (025-278-7285) または
E-mail : kkce2023@shinsen-mc.co.jp

年 月 日

申込期限 : 2023 年 8 月 18 日 (金)

第 3 回関東甲信越臨床工学会および第 11 回新潟県臨床工学会 医療機器展示申込書

●基礎小間

申込区分	W2,400mm×D600mm×H 2,100mm : 1 小間 50,000 円×	小間=	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)				

※抄録集の協賛ページに貴社名を記載させていただきます。

【お問い合わせ・申込先】

第 3 回関東甲信越臨床工学会および第 11 回新潟県臨床工学会運営事務局
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: kkce2023@shinsen-mc.co.jp

申込は **2023 年 8 月 18 日 (金)** までに FAX または E-mail にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

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

申込用 FAX (025-278-7285) または
E-mail : kkce2023@shinsen-mc.co.jp

申込期限 : 2023 年 5 月 12 日 (金)

年 月 日

第 3 回関東甲信越臨床工学会および第 11 回新潟県臨床工学会
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				

下記、希望するセミナー(第1希望、第2希望欄)に○をつけてください。

第1 希望	第2 希望	開催日	募集枠名	会場	収容人数	共催費 (税込)
		10月14日 (土)	ランチョンセミナー1	第1会場 4F マリンホール	400名	250,000円
			ランチョンセミナー2	第2会場 3F 中会議室 301	200名	150,000円
			ランチョンセミナー3	第3会場 3F 中会議室 302	200名	150,000円
			スイーツセミナー1	第2会場または第3会場	200名	150,000円
		10月15日 (日)	ランチョンセミナー4	第1会場 4F マリンホール	400名	250,000円
			ランチョンセミナー5	第2会場 3F 中会議室 301	200名	150,000円
			ランチョンセミナー6	第3会場 3F 中会議室 301	200名	150,000円
			スイーツセミナー2	第2会場または第3会場	200名	150,000円
		10月14日 (土)	スポンサードセミナー	第1会場または第2会場	1小間につき	200,000円
		10月15日 (日)	スポンサードセミナー	第1会場または第2会場	1小間につき	200,000円

テーマや 演題名			
座 長	氏名	ご所属	
演 者	氏名	ご所属	
演 者 (2名の場合等)	氏名	ご所属	

申込は2023年5月12日(金)までにFAXまたはE-mailにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

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

申込用 FAX (025-278-7285) または
E-mail : kkce2023@shinsen-mc.co.jp

申込期限 : 2023 年 5 月 31 日 (水)

年 月 日

第 3 回関東甲信越臨床工学会および第 11 回新潟県臨床工学会 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			

下記、希望するセミナー(第1希望、第2希望欄)に○をつけてください。

第1 希望	第2 希望	開催日	募集枠名	会場	面積	共催費 (税込)
		10月14日 (土)	ハンズオンセミナー1	小会議室 午後	60 m ²	100,000 円
			ハンズオンセミナー2	小会議室 午後	60 m ²	100,000 円
		10月15日 (日)	ハンズオンセミナー3	小会議室 午前	60 m ²	100,000 円
			ハンズオンセミナー4	小会議室 午前	60 m ²	100,000 円

テーマや 演題名		
座 長	氏名	ご所属
演 者	氏名	ご所属
演 者 (2名の場合等)	氏名	ご所属

申込は **2023 年 5 月 31 日 (水)** までに FAX または E-mail にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

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