

申込用 FAX (025-278-7285)

第 64 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2022 年 4 月 22 日 (金)

年 月 日

第 64 回新潟透析医学会学術集会  
寄附金申込書

第 64 回新潟透析医学会学術集会の目的、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:	

2022 年 4 月 22 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 小針支店 (店番号 293) (だいしほくえつぎんこう こばりしてん)
- 口座番号：(普通預金) 2033883
- 口座名義：新潟透析医学会 事務局 島田 久基

【お問い合わせ・申込先】

第 64 回新潟透析医学会学術集会 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/阿部 恵美子  
〒950-0983 新潟市中央区神道寺 1-6-14  
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285  
E-mail: nsdt@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64回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

年 月 日

申込期限：2022年4月8日(金)

## 第64回新潟透析医学会学術集会 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	申込口数	掲載料(税込)
	A	表4(裏表紙) 1C 1頁	1口	100,000円
	B	表2(表紙裏) 1C 1頁	1口	80,000円
	C	表3(裏表紙裏) 1C 1頁	1口	80,000円
	D	後付1C(W210mm×H275mm) 1頁	6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】 ① PDFデータ ② イラストレーター ③ CD-R

貴社名			
抄録集への記載名※	※共同で広告を掲載されている企業様はご記入ください。		
住所	〒		
ご担当者	部署		役職
	氏名		
	TEL		FAX
	E-mail		

【申込締切日】2022年4月8日(金) 必着 【原稿締切日】2022年4月12日(火)

### 【お問い合わせ・申込先】

第64回新潟透析医学会学術集会 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/阿部 恵美子  
〒950-0983 新潟市中央区神道寺1-6-14  
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285  
E-mail: nsdt@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 64 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2022 年 4 月 1 日 (金)

年 月 日

## 第 64 回新潟透析医学会学術集会 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)				

### 【お問い合わせ・申込先】

第 64 回新潟透析医学会学術集会 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/阿部 恵美子  
〒950-0983 新潟市中央区神道寺 1-6-14  
TEL: 025-278-7232 FAX: 025-278-7285  
E-mail: nsdt@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64回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2022年2月14日（月）

年 月 日

## 第64回新潟透析医学会学術集会 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)
		5月29日 (日)	ティータイムセミナー1	第1会場 4F マリンホール	500名	300,000円
			ティータイムセミナー2	第2会場 3F 中会議室301	220名	200,000円
			ランチョンセミナー1	第1会場 4F マリンホール	500名	300,000円
			ランチョンセミナー2	第2会場 3F 中会議室301	220名	200,000円
			アフタヌーンセミナー1	第1会場 4F マリンホール	500名	300,000円
			アフタヌーンセミナー2	第2会場 3F 中会議室301	220名	200,000円

テーマ		
座長	ご氏名	ご所属
演者	ご氏名	ご所属

申込は2022年2月14日（月）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。

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