第17回日本在宅医学会もりおか大会**企業協賛申込用紙**

**FAX送信先　019-654-1044**

必要事項をご記入または✔または○印の上、**平成26年7月1日(火)～9月30日（火）までに**

お申し込み下さい。お申し込みをいただいてから7日以内に、受付事務局より「お申し込み受付完了」のご連絡と請求書を送付いたしますので、期日までのご入金をお願いいたします。

※請求書及び領収書の発行について

「名鉄観光サービス（株）」名義　但：第17回日本在宅医学会もりおか大会○○代での発行になります。「第17回日本在宅医学会」名義での領収書が必要な企業様は、下記に○印をつけて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本情報 | 御社名（ふりがな） |  |
| 代表者名（ふりがな） |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県　 |
| 振り込み人名義（ふりがな） |  |
| 振り込み予定日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 大会名での領収書 | 要　　・　　　不要 |
| 連絡担当者名 | 氏名（ふりがな） |  |
| 所属 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　FAX |
| E-mail |  |
| ＜ランチョン・展示＞当日責任者緊急連絡先 |  |
| 備考欄 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お申し込み内容 | □ランチョンセミナー | 希望会場□1,000,000円　　□800,000円　 □700,000円　 □600,000円 □400,000円 希望日□4月25日（土）　 □4月26日（日） |
| □企業展示 | 希望小間数　※1企業あたり2小間まで　　　　　　小間　1小間あたり300,000円（2日間）おおまかな展示内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □抄録集広告 | □A4版1ページ　　　 100,000円□A4版1/2ページ　　　50,000円 |
| □寄付金 | 寄付金１口10,000円を　　　　　　　　口分第17回日本在宅医学会もりおか大会の運営資金として寄付します。 |