

# 申込用 FAX (025-282-7048)

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2020 年 3 月 27 日 (金)

年 月 日

## 第 62 回新潟透析医学会学術集会 寄附金申込書

第 62 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:〒	
電 話:	FAX:
E-mail	

2020 年 3 月 27 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：北越銀行 小針支店 (店番号 293) (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 ニイガタトウセキイガクカイ 事務局 ジムキョク 島田 久基 シマダ ヒサキ

### 【お問い合わせ・申込先】

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 株式会社 アド・メディック内  
〒950-0951 新潟市中央区鳥屋野 310  
担当：東海林 豊／川崎 芽衣  
TEL:025-282-7035 FAX:025-282-7048 E-mail :nsdt@admedic.jp

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

# 申込用 FAX (025-282-7048)

第 62 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：2020年3月6日(金)

## 第 62 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口	100,000円
	B	表 2(表紙裏) 1C	1口	80,000円
	C	表 3(裏表紙裏) 1C	1口	80,000円
	D	後付 1C(W210mm×H275mm)	1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 郵送・宅配 ② メール送付

【原稿種類】 完全版下(・紙焼 ・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】 2020年3月6日(金) 必着 【原稿締切日】 2020年3月13日(金)

### 【お問い合わせ・申込先】

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 株式会社 アド・メディック内

〒950-0951 新潟市中央区鳥屋野 310

担当: 東海林 豊/川崎 芽衣

TEL: 025-282-7035 FAX: 025-282-7048 E-mail : nsdt@admedic.jp

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

申込用 FAX (025-282-7048)

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2020 年 3 月 6 日 (金)

年 月 日

第 62 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 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 株式会社 アド・メディック内  
〒950-0951 新潟市中央区鳥屋野 310  
担当:東海林 豊/川崎 芽衣  
TEL:025-282-7035 FAX:025-282-7048 E-mail :nsdt@admedic.jp

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

## 申込用 FAX (025-282-7048)

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2020年2月7日（金）

年 月 日

### 第 62 回新潟透析医学会学術集会 共催セミナー(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(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10日 (日)	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

テ ー マ			
座 長	氏名	ご所属	
演 者	氏名	ご所属	

申込は **2020年2月7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。

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

# 申込用 FAX (025-282-7048)

第 62 回新潟透析医学会学術集会 運営事務局 宛

申込期限：2020 年 2 月 7 日 (金)

年 月 日

## 第 62 回新潟透析医学会学術集会 共催セミナー(アフタヌーンセミナー)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	収容人数	共催費 (税込)
		5月10日 (日)	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	氏名	ご所属	
演 者	氏名	ご所属	

申込は 2020 年 2 月 7 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。

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