

第52回日本薬剤師会学術大会 共催セミナー 申込書

返信先：第52回日本薬剤師会学術大会運営事務局
(FAX：092-712-6262)

申込日 年 月 日

■貴社名： _____

■希望セミナー枠： ※ご希望の開催枠に「○」をご記載ください。

タイプ	日程	予定席数	枠数	共催費(税抜)	第1希望	第2希望	第3希望
A	10/13(日)	800席以上	2	1,000,000円			
B	10/13(日)	約500席	2	900,000円			
C	10/13(日)	200席以上 350席未満	6	800,000円			
D	10/13(日)	80席以上 200席未満	8	700,000円			
G	10/14(月)	200席以上 350席未満	1	600,000円			
H	10/14(月)	80席以上 200席未満	3	500,000円			

■ご連絡先

住所：

(〒： _____)

TEL: (_____)

FAX: (_____)

E-mail: _____

ご担当者： _____

■プログラム(案)

テーマ： _____

座長名：(ご所属) _____

演者名①：(ご所属) _____

演者名②：(ご所属) _____

■お問合せ先： 第52回日本薬剤師会学術大会 運営事務局
日本コンベンションサービス(株)九州支社
〒810-0002 福岡市中央区西中洲12-33福岡大同生命ビル7階
TEL：(092) 712-6201 FAX：(092) 712-6262
E-mail: jpa52@convention.co.jp

※申込書にご記入いただいたお名前、メールアドレスなどの個人情報は、
本会の運営に関する目的以外には、利用致しません。また、第三者への開示は致しません。