**E-mail:** **40jagh@pco-prime.com**

**申込期限：2025年9月30日(火)**

**Fax:03-6277-0118**

｢第40回日本国際保健医療学会学術大会｣運営事務局

担当:　衣　川　宛

 　申込日 年　　月　　日

第40回日本国際保健医療学会学術大会

**｢広告掲載申込書｣**

|  |  |
| --- | --- |
| 御社名 |  |
| 御住所 | 〒 |
| 責任者 | 役職　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| ご担当者 | 氏名 |  |
| 部署 |  |
| Tel |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |

※住所欄は、実務ご担当者のご住所をご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報の内容は、大会のご連絡以外には使用いたしません。

下記の通り、広告掲載を申込みます。

※ご希望の欄に○をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表4広告 | カラー１頁(A4サイズ) | 110,000円 | - |
| 表3広告 | カラー１頁(A4サイズ)  | 80,000円 | - |
| 表2広告 | カラー１頁(A4サイズ) | 80,000円 | - |
| 後付広告 | モノクロ1頁(A4サイズ)  | 30,000円 |  |
| 後付広告 | モノクロ1/2頁(A5サイズ) | 20,000円 |  |

ご要望等ございましたら、ご記入ください。