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

**Fax:03-6277-0118**

**申込期限：2025年8月29日（金）**

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・蓮池宛

　申込日 年　　月　　日

第40回日本国際保健医療学会学術大会

**｢共催セミナー申込書｣**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 御社名 | 略称とせず、正式名称をご記入ください。「・」や半角スペースなどご注意ください。 | |
| 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。

下記にご希望等ご記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | セミナー名 | 開催日 | 金額 |
| 第1希望 | 共催セミナー | 月　　日(　　) | 400,000円 |
| 第2希望 | 共催セミナー | 月　　日(　　) | 400,000円 |

-演題および座長・演者(案)について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演題  (テーマ) |  | |
| 座長 | 先生 | ご所属 |
| 演者 | 先生 | ご所属 |

-その他(連絡事項、ご要望等)