

申込期限:令和3年3月31日(水)必着

送付先 FAX:011-671-2470

E-mail:hokusei140@ch2.co.jp

第140回北海道整形災害外科学会 運営準備室 行

## 第140回北海道整形災害外科学会 共催セミナー申込書

◆別紙内容を了承し、下記内容で申し込みます。

### 1. 申込者

R3年 月 日

企業名	フリガナ		
所属部署名			
ご担当者名			
住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			

### 2. 開催希望(希望する分野に○を付けてください)

プログラム名	6月5日(土)	6月5日(土)
教育研修講演	<input type="checkbox"/> 1 (股関節)	<input type="checkbox"/> 2 (膝関節)

※ご希望に沿えない場合もございますので、予めご了承ください。

### 3. 通信欄(ご相談、ご要望などございましたらお書きください)

--

準備室使用欄	受付日:	受付番号:	備考:
--------	------	-------	-----

締切日:令和3年3月26日(金)必着

送付先 FAX:011-671-2470

E-mail:hokusei140@ch2.co.jp

第140回北海道整形災害外科学会 運営準備室 行

## 第140回北海道整形災害外科学会 広告申込書

◆募集内容を了承し、下記内容で申し込みます。

### 1. 申込者

R3年 月 日

企業名	フリガナ		
所属部署名			
ご担当者名			
住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			

### 2. 申込内容

掲載枠	掲載料(税込)	申込 <input checked="" type="checkbox"/> 欄	仕様
後付1ページ	33,000	<input type="checkbox"/> 申込する	モノクロ
後付1/2ページ	22,000	<input type="checkbox"/> 申込する	モノクロ

◆ 広告原稿送付予定日 月 日頃(版下入稿切は4月2日(金)です)

◆ 広告原稿媒体(該当するものにしてください)

データ 紙焼き ポジフィルム その他( )

◆ 注意事項

版下の縮小・拡大は可能ですが、縦横の変換はできません。

準備室使用欄	受付日:	受付番号:	備考:
--------	------	-------	-----

締切日:令和3年5月7日(金)必着

送付先 FAX:011-671-2470

E-mail:hokusei140@ch2.co.jp

第140回北海道整形学会外科学会 運営準備室 行

## 第140回北海道整形災害外科学会 オンライン展示申込書

◆募集内容を了承し、下記内容で申し込みます。

### 1. 申込者

R3年 月 日

企業名	フリガナ		
所属部署名			
ご担当者名			
住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			

### 2. 申込内容(ロゴ・パンフレット・動画は強制ではありません)

募集項目	あり	なし	備考・コメント
貴社ロゴデータ			
貴社パンフレット			
PR動画			
※上記につきまして、該当するほうに○を付けてください。			
展示に関するお問い合わせ先			
部署名			
所在地	〒		
電話番号			
問い合わせ受付可能時間	※休日も書いてください		
E-mail アドレス			
担当者名			

※展示に関するお問い合わせ先が申込者と同一の場合は、記載は不要です。

締切日: 令和 3 年 5 月 7 日(金)必着

送付先 FAX:011-671-2470

E-mail:hokusei140@ch2.co.jp

第 140 回北海道整形災害外科学会 運営準備室 行

第 140 回北海道整形災害外科学会オンライン展示  
貴社紹介文、商品 PR 文書記載用紙(参考様式)

貴社名	
御担当者名	
E-mail	

貴社紹介文(100 文字以内)

貴社商品・サービス PR 文(200 文字以内)

※貴社 PR 文は必須です。貴社商品 PR 文はカタログ (PDF 掲載) の場合必須とします。  
※ロゴ、パンフレット (PDF)、動画は必須ではありませんが、できるだけご用意ください。