

平成 30 年 4 月吉日

各 位

日本先制臨床医学会 第 1 回 創立記念大会・シンポジウム 出展ブース募集のご案内

日本先制臨床医学会 事務局

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたび、兵庫県・淡路夢舞台国際会議場を会場として「日本先制臨床医学会 第 1 回 創立記念大会・シンポジウム」を開催する運びとなりました。

本大会では「がん・難病難民救済のストラテジー」をメインテーマとして、先制医療・先端医療・補完代替医療の基礎研究・臨床研究に関し、質の高い科学的知見と検証に基づく医療の実践に貢献する機会として、国内一線級の講師を多数お招きしています。

先制医療その他に携わる医師並びに医療従事者、研究者、施術者、また患者家族など、全体で 100 名を超える参加者が見込まれております。

この機会に、貴社製品の展示をぜひご検討願いたく、ご案内申し上げますの次第です。

出展募集の概要は、下記のとおりとなっております。何卒ご検討のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

- 1)日 程： 2018 年 6 月 2 日（土）、3 日（日） 前日設営、即日撤去（予定）
- 2)会 場： 兵庫県立淡路夢舞台国際会議場（兵庫県淡路市夢舞台 1）
- 3)出展料： A タイプ；¥150,000（税別） / 1 小間 バックパネル(1.8m)+机 1 本、コンセント(2 口)
B タイプ；¥100,000（税別） / 1 小間 (2m x 2m)備品無し、スペースのみ
C タイプ；¥70,000（税別）机 1 本+椅子 2 脚
※A タイプのお申し込みをいただいた企業・団体様には、先着 8 社様に、2 日目のランチョンセミナーでのプレゼンテーション時間枠をご用意します。
- 4)フロアレイアウト：各社様のブースの位置は、出展内容等を総合的に勘案の上、主催者にて決定致します。

5)申込みスケジュール： 5 月 14 日（月）申込締切、出展マニュアル随時発送（申込順）

6)申込方法

- ①別紙申込書に必要事項をご記入の上、5 月 14 日（月）までに、下記送付先へ FAX もしくはメール添付にてお申し込みください。

日本先制臨床医学会事務局 神戸市中央区港島南町 1-6-4 IMP ビル

FAX 078-806-0262 メール medspo597@gmail.com（担当 小川）

- ②お申し込みと合わせ、出展料を下記銀行口座へお振り込みください。

三菱 UFJ 銀行 藤が丘支店 普通口座

（口座名義）フクザワ ヨシタカ （口座番号）0374855

*振込手数料は貴社にてご負担くださいますようお願い致します。

*銀行発行の振込控を当方の領収書に代えさせていただきます。

（ただし、貴社内にて経理等の手続き上必要な場合はお知らせください）

以上

年 月 日

FAX 078-806-0262

日本先制臨床医学会事務局 行

申込締切：平成 30 年 5 月 14 日（月）

第 1 回 創立記念大会・シンポジウム

出展申込書

ご希望する項目にチェックをお願い致します。

申込タイプ	金額
<input type="checkbox"/> A タイプ	150,000 円
<input type="checkbox"/> B タイプ	100,000 円
<input type="checkbox"/> C タイプ	70,000 円

*各社様のブースの位置は、出展内容等を総合的に勘案の上、主催者にて決定致します。
何卒ご了承くださいますようお願い申し上げます。

貴社名

住所 〒

所属部署：

ご担当者：

TEL：

FAX：

E-mail：

出展内容・出展するもの：

備考：