

ランチョンセミナー協賛募集要項

1. 開催日程

2018年12月9日（日）

2. 開催時間

11:50～13:00（60分+休憩10分）予定

3. 会場

大阪歯科大学天満橋学舎附属病院本館14階プラザフォーティーン
〒540-0008 大阪市中央区大手前1丁目5番17号

4. お申込みにあたって

お申込み後、各講演内容、座長・講演者の予定など考慮させていただきます。
確定後のテーマ、司会・座長、講師への依頼・ご連絡については各社のご担当者様よりお願いいたします。

5. 協賛費用

100,000円

上記の費用には以下のものは含まれません。

座長、講師への謝礼、交通費、宿泊費など

運営要員、看板、ポスター・チラシ等の印刷物

会場内既設外の機材、備品の費用

6. 協賛金のお振込み先、下記の口座にお振込みください。

【銀行名】 三井住友銀行 【支店名】 くずは支店（店番号：183）

【口座番号】 普通預金 2453847

【口座名義】 第8回 だいはちかい 臨床 りんしょう ゲノム げのむ 医療 いりょうがっかい 学会 おおさかがくじゅつたいかい 大阪 学術 大会

7. 申し込み期限

2018年11月5日（月）必着

8. お問い合わせ先

第8回臨床ゲノム医療学会 大阪学術大会 大会事務局

大阪歯科大学大学管理部 松村 誠一

〒573-1121 大阪府枚方市楠葉花園町8番1号

TEL : 072-864-3001 FAX : 072-864-3000

E-mail : rinsho-g8@cc.osaka-dent.ac.jp

ランチョンセミナー協賛 申込書

2018年10月 日

第8回臨床ゲノム医療学会
大阪学術大会 大会事務局 宛

第8回臨床ゲノム医療学会大阪学術大会に賛同し、ランチョンセミナー協賛を
申し込みます。

ご芳名／団体名 _____ 印

ご住所 _____

ご担当者氏名： _____

TEL： _____ FAX： _____

E-mail： _____

※ご記入いただいた個人情報の内容については、本会の連絡以外には使用
いたしません。

【申込内容】※お申込時に予定されている講師名及びテーマをご記入ください。

予定講師氏名： _____

講演テーマ： _____

第8回臨床ゲノム医療学会大阪学術大会 大会事務局 大阪府枚方市楠葉花園町8番1号 TEL 072-864-3001 FAX 072-864-3000 E-mail: rinsho-g8@cc.osaka-dent.ac.jp
--