

## 企業展示協賛募集要項

### 1. 設置場所

大阪歯科大学天満橋学舎 創立100周年記念館エントランスホール

### 2. 小間仕様

基本小間仕様（幅1.8m×0.9m）

### 3. 出展料

1小間 50,000円 円（税込）

### 4. 申し込み方法

申し込み用紙に必要事項をご記入の上、ご郵送またはFAXにてお申込みください。請求書の発行については、別途大会事務局からご連絡いたします。

### 5. キャンセル料

すでにお申込みされた小間に対する変更または取り消しは、文書にてその理由を明記し、大会事務局の承認を受けてください。

ご出展を取り消された場合は、所定のキャンセル料を申し受けます。

※2018年11月末日以降 出展料の50%

### 6. 協賛金お振込み

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

【口座番号】 普通預金 2453847

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

### 7. 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

## 企業展示協賛 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、企業展示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
---