

お申込み期限：
2017年12月7日（木）

第27回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会

Fax: 011-299-5911

企業展示出展申込書

第27回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会

会長 貝谷 敏子 殿

下記のとおり申込みいたします。 年 月 日

| | | | |
|--------------------------------|--|------|----|
| 貴社名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 担当者 | | 所属部署 | |
| Tel | | FAX | |
| E-mail | | | |
| 会場 | 札幌コンベンションセンター | | |
| 希望小間数 | <input type="checkbox"/> 基礎小間 | | 小間 |
| | <input type="checkbox"/> スペース小間 | | 小間 |
| | <input type="checkbox"/> 書籍小間 | | 小間 |
| 予定している展示品 | | | |
| バックパネル (W1800×H2100) | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | |
| 会議机 (W1800×D600) | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | 個 |
| 社名板 (W900×H150) | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | |
| | 社名版表記 [] | | |
| 貴社で予定の特別装飾業者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 貴社で予定の電気工事業者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 備考 (展示に当たってのご要望、ご指摘の点などご記入下さい) | | | |