

申込み締切：2025年12月22日(月)

【送信先】

第52回日本整形外傷学会学術集会 運営事務局 宛

FAX : 03-6222-9875 E-mail : a-csc@a-csc.org

## 第52回日本整形外傷学会学術集会 共催セミナー申込書

申込年月日	2025年 月 日		
貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

1. 下記の共催セミナーを申込みます。(該当欄に  をつけ、開催日の希望をご記入ください。)

- |   | 共催費(消費税対象外) | 第1希望          | 第2希望 |
|---|-------------|---------------|------|
| <input type="checkbox"/> ヌーンタイムレクチャー Aクラス | ¥2,250,000  | 開催希望日 ( )・( ) | ( )  |
| <input type="checkbox"/> ヌーンタイムレクチャー Bクラス | ¥1,800,000  | 開催希望日 ( )・( ) | ( )  |
| <input type="checkbox"/> ヌーンタイムレクチャー Cクラス | ¥1,500,000  | 開催希望日 ( )・( ) | ( )  |
| <input type="checkbox"/> イブニングセミナー        | ¥1,800,000  |               |      |
| <input type="checkbox"/> イブニングセミナー        | ¥1,500,000  |               |      |
| <input type="checkbox"/> モーニングセミナー        | ¥1,800,000  |               |      |
| <input type="checkbox"/> モーニングセミナー        | ¥1,500,000  |               |      |

2. 演題(テーマ)・座長・演者について(案)

※お申込み時点では未定でも構いませんが、申込締切までにお知らせください。

演題(テーマ) :

第1候補	第2候補
司会 :	先生
(ご所属	(ご所属

第1候補	第2候補
演者 :	先生
(ご所属	(ご所属

3. その他 (ご要望・連絡事項等ございましたらご記入ください。)

( )