

【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 Multi Purpose Room 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. Multi Purpose Room 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。）
※複数の企業・団体の共同使用も可能です。

	共催費(消費税10%込)	第1希望	・ 第2希望
<input type="checkbox"/> 9時-17時 (63㎡～70㎡)	¥2,750,000 …	開催希望日 ()	・ ()
<input type="checkbox"/> 9時-11時 (63㎡～70㎡)	¥1,500,000 …	開催希望日 ()	・ ()
<input type="checkbox"/> 14時-16時 (63㎡～70㎡)	¥1,500,000 …	開催希望日 ()	・ ()

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	先生
（ご所属	）	（ご所属
）		）
演者：	先生	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。）