

■ お申し込み期日

2020年8月31日（月）

■ 申込みの取消または内容変更

出展申込みの取消は原則として認めませんが、やむ無く出展の取消や内容変更を行う時は、その理由を明記した文章を提出して了承を得てください。

なお、出展社の都合による申込み取消の場合は、以下のキャンセル料を申し受けます。

2020年8月30日まで50%、9月1日以降100%

■ お申し込み先

別紙申込書に必要な事項をご記入の上、メール、FAXまたは郵送にて申込書に記載の運営事務局までお申し込みください。受付後に運営事務局より受付確認のメールをお送りします。

■ お支払いについて

別紙申込書にて申込み後に請求書を発行しますので、期日までにお振込みいただきますようお願いいたします。

振込先口座： 静岡銀行（金融機関コード0149） 有玉支店（店番346）

普通 0417159

40回医療情報学連合大会 代表 木村通男

（ヨンジユツカイイリヨウジヨウホウガクレンゴウタイカイ）

■ 透明性ガイドラインについて

本会は日本製薬工業協会および日本ジェネリック製薬協会「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」および日本医療機器産業連合会「医療機器業界における医療機関等との透明性ガイドライン」に基づき、「企業活動と医療機関及び医療関係者との関係の透明性に関する指針」に従い、貴社が本会へ支払う寄付金、共催費等、貴社のウェブサイト等を通じて公開されることについて、承諾いたします。

FAX : 03-6803-1534

申込期限 : 2020年8月31日(月)

申し込み先 : 株式会社ケイ・メッド

第40回医療情報学連合大会 運営事務局 担当者 : 小林

〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8

TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534

第40回医療情報学連合大会 ランチョン／スイーツセミナー申込書

申込日 2020年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
	印	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

- ◆申込内容 ※該当セミナー欄に☑印をし、かっこ内の希望日時・場所をご記入ください。プログラム等の兼ね合いで ご相談させていただくことがございます。
※希望日時は、第1希望日および第2希望日を必ず記載ください。
※複数のセッション希望もお受けします。

ランチョンセミナー スイーツセミナー (22日無し)

第1希望 11月19日(木) 11月20日(金) 11月21日(土) 11月22日(日)

第2希望 11月19日(木) 11月20日(金) 11月21日(土) 11月22日(日)

希望規模 タイプA タイプB タイプC

ご要望

--

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----