

宛先：第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局 提出期限：2024 年 1 月 31 日 (水)

株式会社ケイ・メッド 担当：小林

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp or FAX : 03-6803-1534

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会
企業展示申込書

年 月 日

●出展申込者 (所在地、TEL・FAX、E-mail は実務担当者のもので記入ください。)

会社名	フリガナ				
団体名					
代表者名	フリガナ	役職			
実務担当者	フリガナ	所属部署	役職		
所在地	〒	TEL			
		FAX			
E-mail					

※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。

●申込タイプ・小間数 (タイプに☐と小間数をご記入ください)

<input type="checkbox"/> S タイプ ※32㎡以上 100㎡迄¥66,000 × []㎡ 100㎡超¥44,000 × []㎡ 注釈：100㎡超単価は超えた面積部分の金額です 間口 () m × 奥行 () m	<input type="checkbox"/> A タイプ (☐単列 ☐複列) ※複列は 6 小間以上から可 ¥308,000 × []小間 <input type="checkbox"/> B タイプ ¥198,000 × []小間 ※Bタイプは特別装飾および展示台撤去不可	<input type="checkbox"/> 書籍展示 机本数 []本
---	--	---

●展示 카테고리 および出展物 (主な出展物のカテゴリ欄に☐と、具体的な出展物をカッコ内にご記入ください)

<input type="checkbox"/> 透析機器・装置関連 <input type="checkbox"/> 医療用具関連 (カテーテルなど) <input type="checkbox"/> 医療用医薬品 <input type="checkbox"/> 透析関連システム <input type="checkbox"/> 透析食関連 <input type="checkbox"/> その他 []
--

事務局使用欄	受付番号	請求書No.
--------	------	--------

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局

(株)ケイ・メッド TEL : 03-6803-1522 FAX : 03-6803-1534 E-mail : kobayashi@keimed.co.jp

宛先：第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局
株式会社ケイ・メッド 担当：小林

提出期限：2024 年 1 月 31 日 (水)

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp or FAX : 03-6803-1534

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 展示ルーム申込書

年 月 日

● 出展申込者 (所在地、TEL・FAX、E-mail は実務担当者のものご記入ください。)

会社名 団体名	フリガナ				
代表者名	フリガナ		所属部署	役職	
実務 担当者	フリガナ		所属部署	役職	
所在地	〒	TEL			
		FAX			
E-mail					

※ご記入いただいた個人情報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 (該当する項目欄に☑印をご記入ください)

展示ルームに申し込みます (¥1,320,000)

※部屋の割当は主催者 (大会事務局および展示運営事務局) で決定させていただきます

● 予定開催内容 (確定していなくとも、お申込時点での予定開催内容をご記入ください。)

--

事務局使用欄	受付番号		請求書No.	
--------	------	--	--------	--

宛先：第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局 提出期限：2024 年 1 月 31 日 (水)
株式会社ケイ・メッド 担当：小林

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp or FAX : 03-6803-1534

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 モーニング/ランチオン/スイーツ/イブニングセミナー 申込書

年 月 日

●セミナー申込者 (所在地、TEL・FAX、E-mail は実務担当者のものでご記入ください。)

会社名	フリガナ				
団体名					
代表者名	フリガナ			役職	
実務担当者	フリガナ	所属部署			役職
所在地	〒	TEL			
		FAX			
E-mail					

※ご記入いただいた個人情報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☑印を記入し、希望日候補を第二候補まで必ずご記入ください。ただし、お申込状況や大会

プログラム等の兼ね合いで会場規模や日時がご希望どおりにならない場合がありますことご了承ください。

また、複数のセッション希望もお受けしますが、その際は申込書をコピーしてお申込ください。

【セミナー】 モーニング ランチオン スイーツ
 イブニング

【会場規模】 300 席以上 200 席未満

【希望日時】 第一候補 6 月 日 第二候補 6 月 日

●予定セッション内容 (お申込時点での予定を、また未定の場合は「未定」とご記入ください。)

講演テーマ	
司会 氏名 (所属) :	演者 氏名 (所属) :
氏名 (所属) :	氏名 (所属) :
氏名 (所属) :	氏名 (所属) :

事務局使用欄	受付番号	請求書No.
--------	------	--------

宛先：第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局 提出期限：2024 年 1 月 31 日（水）
株式会社ケイ・メッド 担当：小林

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp or FAX : 03-6803-1534

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業共催シンポジウム申込書

年 月 日

● 企業共催シンポジウム申込者 (所在地、TEL・FAX、E-mail は実務担当者のもので記入ください。)

会社名	フリガナ				
団体名					
代表者名	フリガナ		役職		
実務担当者	フリガナ	所属部署	役職		
所在地	〒		TEL		
			FAX		
E-mail					

※ご記入いただいた個人情報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 セッション希望日時をご記入してください (必ず第二希望まで記入)

【希望日時】 第一候補 6 月 日 第二候補 6 月 日

● 予定セッション内容 (お申込時点での予定を、また未定の場合は「未定」とご記入ください。)

講演テーマ
司会候補 氏名 (所属) : 氏名 (所属) :
演者候補 氏名 (所属) : 氏名 (所属) : 氏名 (所属) : 氏名 (所属) : 氏名 (所属) : 氏名 (所属) :

事務局使用欄	受付番号	請求書No.
--------	------	--------

宛先: 第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 企業協賛運営事務局 提出期限: 2024 年 1 月 31 日 (水)
株式会社ケイ・メッド 担当: 小林

E-mail : kobayashi@keimed.co.jp or FAX : 03-6803-1534

第 69 回日本透析医学会学術集会・総会 各種広告掲載申込書

年 月 日

● 広告掲載申込者 (所在地、TEL・FAX、E-mail は実務担当者のもので記入ください。)

会社名 団体名	フリガナ			
代表者名	フリガナ		役職	
実務 担当者	フリガナ	所属部署	役職	
所在地	〒	TEL		
		FAX		
E-mail				

※ご記入いただいた個人情報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 (該当する項目欄に☑印をご記入ください (複数記入可))

- 大会プログラム掲載広告に申し込みます
 - 表 4 カラー 1 ページ (¥605,000)
 - 表 3 カラー 1 ページ (¥484,000)
 - 表 2 カラー 1 ページ (¥484,000)
 - 中付 白黒 1 ページ (¥121,000)
 - 後付 白黒 1 ページ (¥ 96,800)
 - 後付 白黒 1/2 ページ (¥ 60,500)
- 抄録 Web/アプリバナー広告に申し込みます (¥1,210,000)
- ネームカードストラップ広告に申し込みます (¥1,210,000)
- 大会ホームページバナー広告に申し込みます (¥550,000)
- 幕間スライド投影広告に申し込みます (¥220,000)
- コングレスバッグ広告に申し込みます (¥1,210,000)

事務局使用欄	受付番号	請求書No.
--------	------	--------