

# 第1回A4M国際学会 日本会議 共催セミナー申込書

		申込日（西暦）		年	月	日
フリガナ						
会社名 （団体名）						
フリガナ		フリガナ				
代表者名		役職名				
住所						
フリガナ		フリガナ				
担当者名		所属・役職				
電話番号		FAX				
メールアドレス						

※ご記入いただいた個人情報につきましては、本会の連絡並びに本学会のご案内以外には使用しません。

## ■共催セミナー申込内容

※該当する項目欄にレ印をご記入ください。（複数記入可）

種 別	備 考	開催希望日	
<input type="checkbox"/> ランチョンセミナーA（メインホール）	<input type="checkbox"/> 飲食代含む <input type="checkbox"/> 飲食共催者手配	開催希望日	<input type="checkbox"/> 10月26日（土） <input type="checkbox"/> 10月27日（日）
<input type="checkbox"/> ランチョンセミナーB（小ホール）	<input type="checkbox"/> 飲食代含む <input type="checkbox"/> 飲食代共催者手配	開催希望日	<input type="checkbox"/> 10月26日（土） <input type="checkbox"/> 10月27日（日）
<input type="checkbox"/> 共催ミニセミナー		開催希望日	<input type="checkbox"/> 10月26日（土） <input type="checkbox"/> 10月27日（日）
<input type="checkbox"/> 休憩ブースセミナー		開催希望日	<input type="checkbox"/> 10月26日（土） <input type="checkbox"/> 10月27日（日）
ご要望・連絡事項などがありましたら ご記入ください。			

■上記申込書に必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送などで、下記本部事務局までお送りください。

■お申込内容を確認の上、改めて事務局よりご連絡いたします。

■但し、お申込いただいた時点で、予定募集枠数に達している場合は、お申込をお断りする場合がありますので、何卒ご容赦ください。

■原則として、申込先着順にて開催希望日を決定させていただきます。ご要望にお応えできない場合もありますので、予めご了承ください。

申込書送付先	FAX	<b>078-335-6359</b>
	郵送他	一般社団法人 国際先進医療統合学会内 第1回A4M国際学会 日本会議実行委員会 〒650-0012 兵庫県神戸市中央区北長狭通5-1-2太陽ビル6F 601号室 TEL：078-335-6350

※下欄は、事務局記入欄ですので記入不要です。

受付年月日		備考	
-------	--	----	--