　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　締切日：2025年4月３0日

関甲信支部・首都圏支部　医学検査学会（第61回）

**ランチョンセミナー　申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | TEL |  |
| FAX |  |
| 部課名 |  | E-mail |  |
|  |
| 住所 | 〒 | 担当者 |  |  |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　　年　　月　　日

**下記のとおり　ランチョンセミナー　の申込みをいたします。**

●第1希望から第3希望の会場に1、2、3と記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10月11日（土）1日目 | | 10月12日（日）2日目 | | 席数 | 共催費（税込） |
| メイン会場 |  | メイン会場 |  | 220席 | 220,000円 |
| 第1会場 |  | 第1会場 |  | 140席 | 140,000円 |
| 第2会場 |  | 第2会場 |  | 140席 | 140,000円 |
| 第3会場 |  | 第3会場 |  | 100席 | 100,000円 |
| 第4会場 |  | 第4会場 |  | 200席 | 200,000円 |

※希望会場をもとに学会事務局で調整させていただきます。

●演題・座長・演者を記入して下さい。未定の場合は未記入でも構いません。

|  |  |
| --- | --- |
| 演題 |  |
| 座長 |  |
| 演者 |  |

※採否などは締切後に主催者にて決定し、協賛費の請求書を送付いたします。

**－**お申込み・お問い合わせ先**－**

　　お申し込みは学会ホームページから申込用紙をダウンロードし必要事項を記入の上

　　下記のE-mailへ送信して下さい。

関甲信支部・首都圏支部　医学検査学会（第61回）　学会事務局

山梨県立中央病院検査部内

　　　　　　　　〒400-0027 山梨県甲府市富士見1-1-1

　　　　　TEL：055-253-7111 　FAX：055-253-9922

　　　　　E-mail : gakkai2025@riringi.jp　※連絡はE-mailでお願いいたします。