**寄付金 申込書**

 申込締切日：2021年10月29日(金)

**E-mail** **csfrt2021@ml.med.tottori-u.ac.jp**

第17回中四国放射線医療技術フォーラム 学会事務局 宛

 年 月 日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住 所

貴社名

氏 名

1 寄付金額 　　　　　　　￥

2 指定研究者等の氏名 　 第17回中四国放射線医療技術フォーラム

大会長 岡村　章仁（鳥取県立中央病院）

山下　栄二郎（鳥取大学医学部附属病院）

3 寄付の目的及び条件 　標記学会に対する運営経費の一部に充てる

4 振込先 　　　　　　　 銀 行：山陰合同銀行 米子支店

店　　番：080

口座番号：普通口座 4511811

口 座 名：第17回中四国放射線医療技術フォーラム

(ﾀﾞｲｼﾞｭｳﾅﾅｶｲﾁｭｳｼｺｸﾎｳｼｬｾﾝｲﾘｮｳｷﾞｼﾞｭﾂﾌｫｰﾗﾑ)

 　年 月 日に □振込みました。□振込みします。

５　連絡先

貴社名

ご担当所属

ご担当者名

ご連絡先　　　　 　 〒

Tel：

E-mail：

**共催セミナー（ランチョンセミナー）申込書**

　　　　　一次回答締切日：2021年3月26日(金）

**E-mail** **csfrt2021@ml.med.tottori-u.ac.jp**

第17回中四国放射線医療技術フォーラム 学会事務局 宛

 年 月 日

「第17回中四国放射線医療技術フォーラム」共催セミナーを下記の通り申し込みます。

〒

住 所

貴社名

氏 名

■ご希望開催日および会場をご記入ください（〇印）。

 会場名　　会場　　　　　　 席数 　　　第1希望　　第2希望　　第3希望

第1会場　2階：国際会議室　（180席） （　　　）　（　　　）　（　　　）

第2会場　2階：小ホール　　（180席）　（　　　）　（　　　）　（　　　）

第3会場　6階：第7会議室　（100席）　（　　　）　（　　　）　（　　　）

第4会場　5階：第5会議室　（ 60席）　（　　　）　（　　　）　（　　　）

■現時点でご記入可能な箇所のみご記入ください。

セミナー内容 （演題名）

ご予定講師

ご予定座長

貴社名

ご担当所属

ご担当者名

ご連絡先　　　　 　 〒

Tel：

E-mail：

**企業展示　申込書**

一次回答締切日：2021年7月 30日（金）

**E-mail** **csfrt2021@ml.med.tottori-u.ac.jp**

第17回中四国放射線医療技術フォーラム 学会事務局 宛

 年 月 日

「第17回中四国放射線医療技術フォーラム」への企業展示を下記の通り申し込みます。

申込み内容 　　　　基礎小間 　　1 小間 \ 100,000- × 小間

出展物（予定）

展示台 　　　　　　 　使用する ・ 　 使用しない ・ 　 未定

折りたたみ椅子 　　 　使用する ・ 　 使用しない ・ 　 未定

※その他、ご要望がございましたら、ご記入ください。

貴社名

ご担当所属

ご担当者名

ご連絡先　　　　 　 〒

Tel：

E-mail：

広告掲載　申込書【プログラム抄録集】

　　　　　　　　　 一次回答締切日：2021年7月 30日(金）

**E-mail** **csfrt2021@ml.med.tottori-u.ac.jp**

第17回中四国放射線医療技術フォーラム 学会事務局 宛

 年 月 日

「第17回中四国放射線医療技術フォーラム」プログラム抄録集への広告掲載を下記の通り申し込みます。

■ご希望広告掲載にご記入ください（〇印）。

申込み 　　　広告規格　　　　　　　　　　　　掲載料（税込み）

（　　　　） 裏表紙　　全頁（カラー・A4縦）　　募集　1口 120,000円

（　　　　） 表紙裏　　全頁（モノクロ・A4縦） 募集　1口 70,000円

（　　　　） 裏表紙裏　全頁（モノクロ・A4縦）　募集 1口 70,000円

（　　　　） 後付 　全頁　 （モノクロ・A4縦） 募集 15口 50,000円

（　　　　） 後付 　半頁 　（モノクロ・A5横） 募集 5口 30,000円

版　下：　　　　　年　　　　　月　　　日　学会事務局あてに送付します

　　　 　※版下送付締切：2021年8月27日（金）必着

貴社名

ご担当所属

ご担当者名

ご連絡先　　　　 　 〒

Tel：

E-mail：