

御社名			
部署名		担当者名	
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

企業展示申込み

小間	スペース	申込み小間数
一般小間	1800×1500mm／1小間	小間

ランチョンセミナー申込み

	希望開催日／希望会場 ※✓を入れてください	ランチョンセミナー申込み ※○印を入れてください
申込内容	<input type="checkbox"/> 2/8(土) <input type="checkbox"/> 第1会場 <input type="checkbox"/> 第3会場 <input type="checkbox"/> 2/9(日) <input type="checkbox"/> 第2会場 <input type="checkbox"/> 第4・5会場	( ) 申込みます ( ) 申込みない

注意) 希望開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

企業企画講演／ハンズオン／テーブルクリニック申込み

	希望開催日 ※✓を入れてください	希望時間 ※✓を入れてください
申込内容	<input type="checkbox"/> 2/8(土) <input type="checkbox"/> 2/9(日) <input type="checkbox"/> 両日可	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 希望なし

注意) 希望開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

展示会場内ショートプレゼンコーナー申込み

	希望開催日 ※✓を入れてください	プレゼン対象者 ※すべて対象の場合は3つに✓を入れてください
申込内容	<input type="checkbox"/> 2/8(土) <input type="checkbox"/> 2/9(日)	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士

注意) 希望開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

プログラム・抄録集広告掲載申込み

	希望掲載場所 ※13 ページ参照	広告掲載申込み ※○印を入れてください
申込内容	表( ) 後付( 頁)	( ) 申込みます ( ) 申込みない

注意) 希望ページの決定は、主管にて協議し回答いたします。

大会ホームページバナー広告申込み ※○印を入れてください

申込内容	( ) 申込みます ( ) 申込みない
------	---------------------

◇下記フォームからもお申込み頂けます◇

<https://ws.formzu.net/dist/S754927222/>



FAX 送信先

03-3527-3889

E-mail

jsoi44kk@intervent.co.jp

公益社団法人日本口腔インプラント学会  
第44回関東・甲信越支部学術大会運営事務局 行

募集期日

2024年10月31日(木)