送付先：jasf2024 @convention-plus.com

締切　2024年3月29日

**セミナー共催申込書**

第１１回日本サルコペニア・フレイル学会大会の趣旨に賛同し、下記セミナー共催を申し込みます。

　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時チェックを付けてください | 【ランチョンセミナー】□　2024年11月2日（土）□　2024年11月3日（日） | 【モーニングセミナー】□　2024年11月3日（日）※上記日のみの開催です |
| 希望会場チェックを付けてください | * 第1会場（3F「コスモスホール1/2」、シアター380席）※モーニングでは選択不可
* 第2会場（5F「オリオン」、シアター280席）
* 第3会場（6F「606会議室」、シアター140席）
 |
| 貴社名 |  |
| 担当者部署・氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| ※座長、演者の選定については共催お申込み時に事務局の先生とご相談をお願い申し上げます。 |
| 通信欄 |

送付先：jasf2024@convention-plus.com

締切　2024年3月29日

**スポンサードシンポジウム共催申込書**

第１１回日本サルコペニア・フレイル学会大会の趣旨に賛同し、下記セミナー共催を申し込みます。

　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 |  |
| 希望会場 |  |
| 貴社名 |  |
| 担当者部署・氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| ※セッションテーマ、座長、演者の選定については事務局の先生とご相談をお願い申し上げます。 |
| 通信欄 |

第１１回日本サルコペニア・フレイル学会大会　寄付申込書

送付先：jasf2024@convention-plus.com

締切　2024年11月30日

　　　　年　　　月　　　日

貴大会趣旨に賛同し、下記金額を寄付金として申し込みます。

**金　　　　　　　　　　　　　　　　円　也**

法人名　：

ご住所　：　〒

ご担当者　：

（役職/所属部課）

ＴＥＬ　：

メールアドレス　：

お振込予定日　：　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

請求書発行： 要　・　不要

領収書発行： 要　・　不要

お振込口座

三菱UFJ銀行　本郷支店

口座番号：　普通　0366263

口座名：　第11回日本サルコペニア・フレイル学会大会　事務局長　東浩太郎

ﾌﾘｶﾞﾅ：　ﾀﾞｲｼﾞﾕｳｲﾁｶｲﾆﾎﾝｻﾙｺﾍﾟﾆｱ ﾌﾚｲﾙｶﾞﾂｶｲﾀｲｶｲ ｱｽﾞﾏ ｺｳﾀﾛｳ

お申込先

第１１回日本サルコペニア・フレイル学会大会 運営事務局

株式会社コンベンションプラス　担当：佐藤　元彦

〒113-0034　東京都文京区湯島2-31-14　湯島ﾌｧｰｽﾄｼﾞｪﾈｼｽﾋﾞﾙ5階

電話: 03-4355-1135 FAX: 03-6837-5339

E-mail： jasf2024@convention-plus.com

第11回日本サルコペニア・フレイル学会大会　広告申込書

送付先：jasf2024@convention-plus.com

申込締切日：　2024年8月30日（金）

|  |
| --- |
| 申　込　日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| フ リ ガ ナ会　社　名： |
| 住　　　所：〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 部　課　名： |
| ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| ＜お申込み広告掲載＞ |
| 掲載面 | 掲載料金(消費税込) | お申込み（該当○印） |
| 表4　カラー | ￥220,000 |  |
| 表3　カラー | ￥165,000 |  |
| 表2　カラー | ￥165,000 |  |
| 後付（１頁）　モノクロ | ￥88,000 |  |
| 後付（１/２頁）　モノクロ | ￥66,000 |  |
|  |
| 原稿(完全版下)ご提出予定日　 ：　 　　　年　　　月　　　　日予定 |
| 広告掲載料お払込み予定日：　 　　　年　　　月　　　　日予定 |
| 希望事項、その他 |

第１１回日本サルコペニア・フレイル学会大会　出展申込書

送付先：jasf2024@convention-plus.com

申込締切日：　2024年8月30日（金）

|  |
| --- |
| 申　込　日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| フ リ ガ ナ会　社　名： |
| 住　　　所：〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 部　課　名： |
| ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |
| ＜お申込み小間数＞◇医療機器展示　＠220,000円　×　　　　小間 ＝　　　　　 　　円 |
| 出展内容（展示事務局側の参考にさせて頂きます） |
| 希望事項、その他 |