

E-mail: jsa72jsa@anesth.or.jp

(Fax: 078-306-5946)

(公社) 日本麻酔科学会第 72 回学術集会 共催セミナー申込書

※申込締切日 2024 年 10 月 4 日 (金)

◆お申し込み日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆申込内容 (いずれかに○をつけてください)

- () A 現地開催 ¥3,080,000 (税込)
() B 現地開催+ (現地開催映像) LIVE 配信 ¥3,850,000 (税込)
() C 現地開催+ (現地開催映像) オンデマンド配信 ¥3,520,000 (税込)

◆セミナー開催希望日 (以下の表より開催形式をご確認のうえ、希望日を記載ください)

現地開催 (A・B・C)	現地開催日 (いずれかに○印)
第 1 希望	6 月 5 日 ・ 6 月 6 日 ・ 6 月 7 日
第 2 希望	6 月 5 日 ・ 6 月 6 日 ・ 6 月 7 日
第 3 希望	6 月 5 日 ・ 6 月 6 日 ・ 6 月 7 日

※オンデマンド配信 (C) は WEB 開催期間中 (2025 年 6 月 5 日 (仮)～会期終了まで) 常に配信されます。

◆セミナー内容 (案) (案をご記入ください。申し込み時点での内諾は行わないでください。)

※本学会より座長の推薦が必要な場合は、その旨ご記載ください。

※連名でのお申込みはお受けいたしかねます。 ※確定後は本学会より会長名で依頼状を送付します。

フリガナ 企業名	
テーマ	
座長 (氏名、所属)	
演者 1 (氏名、所属)	
演者 2 (氏名、所属) ※演者 2 名の場合のみ	

<次頁あり> ※必ず、併せてご提出ください。

◆同時通訳での開催

※外国語でのご講演の場合、記載必須です。

※オンデマンド配信用データには、現地の通訳データは含まれません。必要な場合は別途ご相談ください。

- ① 同時通訳機材の借受希望 (220,000 円 (税込)) _____ 希望する _____ 希望しない
- ② 通訳会社の紹介希望 _____ 希望する _____ 希望しない
- ③ 貴社の英語表記 _____

現地開催確認事項 (A・B・C)

◆企業席数 (現地開催をご希望の場合、何れかに○印のうえ、必要空欄をご記入ください。)

- ・() 基本設定 20 席で変更ありません。
- ・() 企業席として _____ 席、希望します。

◆自社収録有無

(現地開催をご希望の場合、何れかに○印をご記入ください。撮影用スペースを確保します。)

- ・() 有
- ・() 無

開催形式Cをお選びの企業様のみ、ご回答ください

◆自社収録「有」に○をされた場合は以下をご回答ください。

- ① () 自社で撮影した動画を WEB 配信データとして使用
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を WEB 配信データとして使用

◆自社収録「無」に○をされた場合は以下をご回答ください。

- ① () 日本麻酔科学会撮影の動画をそのまま配信
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を編集してから配信

◆窓口

①お申込担当者

企業名	
住所	〒 _____ (□本社 / □支社)
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

以下に、該当される企業様は、次ページもご記入のうえ、ご提出ください。

※該当するものに☑をいれてください。(該当がない場合は、白紙でご提出ください。)

- ご連絡窓口が①と異なる
- ご請求書送付先が①と異なる

②ご連絡窓口（他社に委託される場合は、その情報を記入ください。）

※①と同じ場合はご記入いただく必要はございません。

企業名	
住所	〒
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

③ご請求書送付先

※①と同じ場合はご記入いただく必要はございません。

企業名（請求書の宛名）	
-------------	--

送付先企業名			
ご担当者名			
部署名		役職	
送付先住所	〒		
Tel		Fax	
E-mail			

◆申込書送付先

公益社団法人日本麻酔科学会 第72回学術集会事務局

Tel : 078-306-5945 Fax : 078-306-5946

E-mail : jsa72jsa@anesth.or.jp

【事務局記入欄】

WEB 配信有無		LIVE 中継有無	
備考			