FAX: 03-3942-6396

申込締切：2025年10月24日(金)

第65回日本臨床化学会年次学術集会　運営事務局

株式会社サンプラネット メディカルコンベンションユニット 行

第65回日本臨床化学会年次学術集会

**ネームストラップ・名札ケース協賛　申込書**

**第65回日本臨床化学会年次学術集会　御中**

**第65回日本臨床化学会年次学術集会の趣旨に賛同し、**

**当学術集会の参加者用に、下記を提供いたします。**

□ネームストラップ・名札ケースの提供

※企業様にてご手配頂く個数およびサイズをご記入ください。

（ネームカード兼参加証の大きさを調整させていただきます）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品名 | 個数 | サイズ （ 幅×高さ　mm） |
| ネームストラップ・  名札ケース | 個 | (※幅105mm×高さ70mm以上でお願い致します) |

貴社名

御住所　〒

御担当部課名

御担当者名

TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

御担当者E-mailアドレス

FAX: 03-3942-6396

申込締切：2025年10月24日(金)

第65回日本臨床化学会年次学術集会　運営事務局

株式会社サンプラネット メディカルコンベンションユニット 行

第65回日本臨床化学会年次学術集会

**コングレスバッグ協賛　申込書**

**第65回日本臨床化学会年次学術集会　御中**

**第65回日本臨床化学会年次学術集会の趣旨に賛同し、**

**当学術集会の参加者用に、下記を提供いたします。**

□コングレスバッグの提供

※企業様にてご提供可能な個数およびサイズをご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品名 | 個数 | サイズ |
| コングレスバッグ | 個 | Ａ４／B５／その他（　　　　　　　　） |

貴社名

御住所　〒

御担当部課名

御担当者名

TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

御担当者E-mailアドレス