



【申込締切日： 2014年 11月 28日（金）】

第115回日本外科学会定期学術集会 運営事務局宛

申込日：2014年 月 日

『関連会合・委員会・研究会等開催申込書』

会合名					
開催可能時間	4月16日(木) 7:15 ~ 21:00	4月17日(金) 7:15 ~ 21:00	4月18日(土) 7:15 ~ 21:00	※左の時間内でのご希望日時を ご記入ください。	
ご希望日時	第1希望： 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
	第2希望： 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
	第3希望： 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
※開催時間は準備の時間も含めて、想定ください。 ※部屋数が限られておりますので、必ず第3希望までご記入ください。					
参加人数	名様程度 ※会議参加人数の他、準備や記録をされる方など 入室される合計人数をお教えてください。				
希望レイアウト	□の字 ・ シアター形式 ・ スクール形式 ※ご希望のレイアウトを○で囲んでください。 ※ご希望に添えないこともございますので、 予めご了承ください。				
主催団体					
ご請求先名	※主催団体とご請求先が異なる場合のみ、ご記入ください。				
ご連絡先	フリガナ ご担当者氏名：				
	ご所属：				
	ご住所：				
	TEL :			FAX :	
	E-Mail:				
飲食・機材の有無	飲食	有・無	機材	有・無	※有無いずれかを○で 囲んでください。手配に ついては後日ご案内 いたします。
その他	(飲食・機材の内容、 その他ご希望が あればご記入ください。)				

※すべての項目をご記入のうえ、運営事務局にファックスにてお送りくださいますようお願い申しあげます。

※申込み多数の場合は、ご希望に添えかねる場合がございますのでご了承ください。

申込先・お問合せ先：第115回日本外科学会定期学術集会 運営事務局

〒460-0004 名古屋市中区新栄町2-13 栄第一生命ビルディング6F 株式会社コングレ中部支社内

TEL: 052-950-3369 FAX: 052-950-3370

E-mail: jss2015@congre.co.jp