

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

協賛寄附締切日：2024年10月11日(金)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会
【協賛寄附申込書】

第10回北海道・東北臨床工学会協賛寄附金
学会長 高山 秀和 様

年 月 日

本学会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附を申し込みます。

記

1. 寄附金額 金 円也

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL	FAX	
	E-mail		

- ※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
- ※ 本申込書はお手数ですが E-mail または FAX にて送付下さいますようお願い申し上げます。
- ※ ご支援いただいた企業様・団体様のお名前をプログラム・抄録集に掲載致します。
製作の都合上、**2024年8月9日(金)**お申込み分までの掲載とさせていただきますので、予めご了承ください。
- ※ お振込確認後に、事務局より領収証を発行・郵送致します。
- ※ 振込手数料は貴社にてご負担ください。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイニョウカイテウノクニリョウコウガクカイガクカイノウカマヒダ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2024年8月9日（金）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会

【プログラム・抄録集広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名		フリガナ			
住所		〒			
担当者	所属部署			役職	
	氏名	フリガナ			
	TEL		FAX		
	E-mail				

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mail または FAX にて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおりプログラム・抄録集広告掲載を申込みます。 ※チェック欄に☑をお願いします。

区分	種類	ページ	掲載料（税込）	募集数	チェック
①表4 裏表紙	A4カラー	1頁	¥110,000-	1件	<input type="checkbox"/>
②表2 表紙裏	A4カラー	1頁	¥88,000-	1件	<input type="checkbox"/>
③表3 裏表紙裏	A4カラー	1頁	¥66,000-	1件	<input type="checkbox"/>
④表3 対向	A4モノクロ	1頁	¥55,000-	1件	<input type="checkbox"/>
⑤後付A4	A4モノクロ	1頁	¥33,000-	10件	<input type="checkbox"/>
⑥後付A4 1/2（横）	A4 1/2 モノクロ	1/2頁	¥22,000-	14件	<input type="checkbox"/>
版下の送付	メール <input type="checkbox"/> / 宅配（USB <input type="checkbox"/> ・CD-R <input type="checkbox"/> ・清刷 <input type="checkbox"/> ）持込（USB <input type="checkbox"/> ・CD-R <input type="checkbox"/> ・清刷 <input type="checkbox"/> ）				
データ種類	ai <input type="checkbox"/> / psd <input type="checkbox"/> / pdf <input type="checkbox"/>				
版下送付予定日	年 月 日（ ）※版下送付締切 2024年8月9日（金）必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日（ ） 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイニョウカイリクノクワカクイガクカクイノクワカクイ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2024年8月9日（金）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会
【ホームページバナー広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL	FAX	
	E-mail		

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおりバナー広告掲載を申込みます。

※チェック欄にをお願いします。

区分	サイズ	表示位置	掲載料（税込）	募集枠	チェック
①バナー広告	横234×縦60ピクセル	TOPページ	¥33,000-	2枠	<input type="checkbox"/>
バナーリンク先	URL:				
データ種類	gif <input type="checkbox"/> / jpeg <input type="checkbox"/> / png <input type="checkbox"/>				
データ送付予定日	年 月 日 () ※データ送付締切 2024年8月9日（金）必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日 () 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイニョカイトウホクリンシヨウコウガクカイガクカイイフウ タヤマ ヒデノブ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

共催セミナー締切日：2024年6月28日(金)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会

【共催セミナー申込書】

年 月 日

貴社名・団体名		フリガナ					
住所		〒					
担当者	所属部署				役職		
	氏名	フリガナ					
	TEL			FAX			
	E-mail					当日人数	名

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり共催セミナーを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

開催日	会場	時間	人数	セッション名	共催費	第1	第2	第3
10/12(土)	第1会場	60分	300席	共催セミナー1	¥220,000-			
	第2会場	60分	150席	共催セミナー2	¥165,000-			
	第3会場	60分	150席	共催セミナー3	¥165,000-			
開催日	会場	人数	人数	セッション名	共催費	第1	第2	第3
10/13(日)	第1会場	60分	200席	共催セミナー4	¥220,000-			
	第2会場	60分	150席	共催セミナー5	¥165,000-			
	第3会場	60分	150席	共催セミナー6	¥165,000-			

《講演内容》 ※現時点での予定で結構です。

演題名								
内容								
座長	所属				氏名			
演者1	所属				氏名			
演者2	所属				氏名			

※ 開催日・会場決定後、共催費の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイ10カキツカイトウホククリンシヨウコウガクカイガクカクイフヨクカマヒデカ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

展示締切日：2024年6月28日(金)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会

【機器・企業展示、医工連携展示出展申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ			
住所	〒			
担当者	所属部署		役職	
	氏名	フリガナ		
	TEL		FAX	
	E-mail			当日人数 名

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり企業展示会を申込みます。 ※申込み小間数をご記入下さい

形式	区分	小間サイズ	出展料(税込)	申込数
現地開催	①基礎展示	1小間 W1,800×D1,800×H2,100	¥55,000-	小間
	②医工連携展示	1小間 W1,800×D1,800×H2,100	¥33,000-	小間
	③書籍販売	1小間 W5,400×D1,200	¥33,000-	小間

※ 電気使用ならびに電気工事は別途オプション(有料)にて申し受けます。

造作・特別装飾	有り <input type="checkbox"/> ・ 無し <input type="checkbox"/>	※有りの場合は図面を添付してください。
展示物 配布物	※概略/予定で結構です。(寸法・重量など)	
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。(レンタル備品など)	

※ お申込書受領後、出展料の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイ10カクカク、ウチクリシヨウコウガ、カイガツカクイヨウ、タヤマヒデカ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

展示締切日：2024年6月28日(金)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会
【ホスピタリティルーム申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ								
住所	〒								
担当者	所属部署						役職		
	氏名	フリガナ							
	TEL				FAX				
	E-mail						当日人数	名	

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおりホスピタリティルームを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

No.	施設名	会場名	部屋	面積	天井高	使用料金 (税込)	第1	第2	第3
1	アイーナ	HR-1	会議室 701	73 m ²	H3m	¥275,000-			
2		HR-2	会議室 802	73 m ²		¥220,000-			
3		HR-3	研修室 811	73 m ²		¥220,000-			

※ お申込書受領後、出展料の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイ10カ体カイトウホククリンシヨウカクカクイガカカイトイヨウカマヒデカ)				

E-mail:ce-morioka10@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2024年6月28日（金）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第10回北海道・東北臨床工学会

【ハンズオンセミナー申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ			
住所	〒			
担当者	所属部署		役職	
	氏名	フリガナ		
	TEL		FAX	
	E-mail			当日人数

※ ご記入いただいた個人情報につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり共催セミナーを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

No.	開催日	会場名	部屋	面積	天井高	共催費 (税込)	第1	第2	第3
1	10月12日(土) 10:00~16:00	HO-1	会議室 805	36㎡	H3m	¥110,000-			
2		HO-2	会議室 813	36㎡	H3m	¥110,000-			
3	10月13日(日) 9:00~15:00	HO-3	会議室 805	36㎡	H3m	¥110,000-			

《講演内容》 ※現時点での予定で結構です。

演題名				
内容				
座長	所属		氏名	
演者1	所属		氏名	
演者2	所属		氏名	

※ 開催日・会場決定後、共催費の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》	岩手銀行	《支店名》	本宮支店	《店番》	107
《口座番号》	普通 2165746				
《名義人》	第10回北海道東北臨床工学会 学会長 高山 秀和 (ダイ10カキカイトウホククリンシヨウカクカイガクカクイチヨクカマヒデカ)				