

申込先	日本ケアマネジメント学会第25回 研究大会 福井大会 事務局 ゆき	E-mail fseminar@fkeamane.com FAX 0776-28-6877
-----	--------------------------------------	--

申込日 年 月 日

日本ケアマネジメント学会 第25回研究大会 福井大会 企業展示申込書

日本ケアマネジメント学会 第25回研究大会 福井大会への企業展示を以下の通り申し込みいたします。

(フリガナ) 貴社名		※抄録集に協賛企業名を掲載する際に使用いたします。正確にご記入ください	
部課名			
(フリガナ) ご担当者名			
ご連絡先	住所	〒	
	TEL		
	FAX		
	E-mail		
申込小間数 1コマ44,000 円 (2日分/消費税10%込)	小間数		コマ
	出展料合計(税込)		円
出展希望場所 希望場所に☑を お付けください	☐	8F 展望ロビー (エレベーター・エスカレーター前)	4枠
	☐	8F ロビー (福井県県民ホール内)	6枠
	☐	6F 展望ロビー (エレベーター・エスカレーター前)	4枠
	☐	どこでもよい	
出展物品(予定)	主な展示品		
	重量		Kg
	使用電力合計 ^(注)		KW
請求書発行	要 ・ 不要 (いずれかに○をお付けください)		
備考			

(注) 電源を使用予定の場合は、合計の電力をご記入ください。電源は、1小間あたり 500W までの使用となります。