【お申込先】

E-mail: jimukyoku@jscr63.org

第 63 回⽇本⽩内障学会総会/第50回⽔晶体研究会

運営事務局　宛

申込締切：2024年5月24日（金）迄

     年     月     日

第 63 回⽇本⽩内障学会総会/第50回⽔晶体研究会

共催セミナー申込書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ貴社名 |       |
| 部署名 |       |
| ご担当者名 |       |
| ご連絡先 | 〒           |
| TEL：     　 | FAX：      |
| E-MAIL：      |

* ご希望共催枠（ご希望共催枠の申込記号と金額をご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込希望 | 金額 |
| 第１希望 |       |      円 |
| 第２希望 |       |      円 |

* セミナー概要（現状の仮案でも結構です。具体的にご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| テーマ |       |
| 座長氏名・ご所属 |       |       |
|       |       |
| 演者氏名・ご所属 |       |       |
|       |       |
|       |       |
| 企画内容 |      内容例）「新製品○○について」「既存品○○について」など |
| 共催社名 |      ※2社以上で共催される場合は、掲載順にご記入ください。 |

* 備考欄（その他のご要望等をご記入ください。）

|  |
| --- |
|       |