FAX送信先　0859-38-6979　　E-mail：toririn@t-ce.org

鳥取県臨床工学技士会事務局　雑賀　行

**第10回　呼吸療法セミナー協力申込書**

一般社団法人　鳥取県臨床工学技士会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　　月　　　　日

　　　『第10回　呼吸療法セミナー』開催に趣旨に賛同し

　　　　　　　寄付金　・　広告スライド　・　バナー広告　・　展示　・　ランチョン　を申込みします。

（協力するものに〇をして下さい）

　　　１．会社名　：

　　　２．御住所　：　　〒

　　　３．TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　４．FAX：

　　　５．担当者様氏名　：

　　　６．担当者様アドレス　：

７．振込予定年月日　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　＊ここからは関連する項目のみ記入して下さい。

　　　８．寄付金希望企業　　　　寄付金額　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　９．広告希望企業（広告スライド）　希望頁数　：　　　　　頁　　金額　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　（バナー広告）希望枠数　：　　　　　枠　　金額　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　原稿返却　：　　返却不要　・　返却希望　（どちらかに〇をして下さい）

　　　10．展示希望企業　　　　　希望小間数　：　　　　　　小間　　金額　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　電源　：　必要　・　不要　（どちらかに〇をして下さい）

電力が必要の場合は使用電力　　　　　　　　　Wｈ／台数　　　　　　　台

　　　11．ランチョン希望企業　　　枠数　：　　　　　　　枠　　金額　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　パソコンの持参： 　持参する　・　持参しない　（どちらかに〇をして下さい）

　　　＊ご不明な点がございましたら、事務局までご連絡下さい。

　　　＊申込書を確認次第、請求書を担当者様宛に郵送させていただきます。