第 14 回 日本外科教育学会学術集会

共催セミナー申込書

運営事務局　マイス㈱ 宛 送付先 E-mail：**ses2027@surgicaleducation.jp**

年　　月　　日

会　社　名			
部　署　名		担 当 者 名	
所　在　地	〒		
T　E　L			
E - M A I L			
振 込 予 定 日	月　　日 頃		
請　求　書	要　・　不要 （メールにて PDF にて送付します）		

共催セミナーお申込内容

No.	セミナー名	共催金額	第 1 希望	第 2 希望
1	特別講演	550,000 円		
2	ランチョンセミナー	770,000 円		
3	共催セミナー	330,000 円		

※第 1 希望、第 2 希望に必ず〇をご記入ください。

※各枠に限りがあるためご希望に添えない可能性もあることを予めご了承ください。

その他通信欄
