

【申込締切日：2016年12月30日（金）】

FAX：03-3508-1302

第117回日本外科学会定期学術集会 運営事務局宛

申込日：2016年

月

日

『関連会合・委員会・研究会等開催申込書』

会合名							
開催可能時間	4月27日（木）	4月28日（金）	4月29日（土）	※左の時間内でのご希望日時をご記入ください。			
	7：30～18：00	7：30～18：00	8：00～16：00				
ご希望日時	第1希望：						
	月	日（ ）	時	分 ～ 時 分			
	第2希望：						
月	日（ ）	時	分 ～ 時 分				
第3希望：							
月	日（ ）	時	分 ～ 時 分				
※開催時間は準備の時間も含めて、想定ください。（会場へは7：15よりお入りいただける予定です。） ※部屋数が限られておりますので、必ず第3希望までご記入ください。							
参加人数	名様程度			※会議参加人数の他、準備や記録をされる方など入室される合計人数をお教えてください。			
希望レイアウト	口の字	・	コの字	・ シアター形式	・ スクール形式	※ご希望のレイアウトを○で囲んでください。 ※ご希望でそれないこともございますので、あらかじめご了承ください。	
主催団体							
ご請求先名	※主催団体とご請求先が異なる場合のみ、ご記入ください。						
ご連絡先	フリガナ：						
	ご担当者氏名：						
	ご所属：						
	〒 ご住所：						
	TEL：						
E-Mail：							
飲食・機材の有無	飲食	有	・ 無	映像機材	有	・ 無	※有無いずれかを○で囲んでください。 手配については後日ご案内いたします。
その他 (飲食・機材の内容、その他ご希望があればご記入ください。)							

※すべての項目をご記入のうえ、運営事務局にファックスにてお送りくださいますようお願い申し上げます。

※申込み多数の場合は、ご希望に添えかねる場合がございますのでご了承ください。

申込先・お問い合わせ先：第117回日本外科学会定期学術集会 運営事務局

〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-2 大同生命霞ヶ関ビル14階 日本コンベンションサービス株式会社

TEL：03-3508-1214 FAX：03-3508-1302

E-mail:117jss@convention.co.jp