

各種協賛申込書

御社名			担当者名	
部署名				
ご住所	〒			
TEL		FAX		
E-mail				

企業展示申込み ※希望される小間数をご記入ください

募集種類	小間サイズ	申込み小間数
基礎小間	W1800×D1500mm／1小間	小間
スペース小間	W1800×D1800mm／1小間	小間
書籍展示(机)	長机 W1500×D450mm／2本	小間

ランチョンセミナー申込み 注意) 希望開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

	希望開催日 ※✓を入れてください	希望されるランチョン会場 ※8ページ参照
申込内容	<input type="checkbox"/> 9/19(土) <input type="checkbox"/> 9/20(日)	LS()

プログラム・抄録集広告掲載申込み 注意) 希望ページの決定は、大会実行委員にて協議し回答いたします。

	希望掲載場所 ※10ページ参照 ※広告掲載をご希望の方は以下にご記入ください。
申込内容	表() 後付カラー(頁) 後付モノクロ(頁)

大会ホームページバナー広告掲載申込み ※○印を入れてください

申込内容	() 申込みます () 申込みない
------	------------------------------------

ハンズオンセミナー申込み 注意) 希望開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

	希望開催日 ※✓を入れてください	希望される開催時間
申込内容	<input type="checkbox"/> 9/19(土) <input type="checkbox"/> 9/20(日)	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

企業共催セミナー／テーブルクリニック申込み ※○印を入れてください 注意) 開催日の決定は、主管にて協議し回答いたします。

申込内容	() 申込みます () 申込みない
------	------------------------------------

幕間動画(スライド) 広告放映申込み ※○印を入れてください ※✓を入れてください

申込内容	() 申込みます () 申込みない	<input type="checkbox"/> 20分以下 <input type="checkbox"/> 45分以下
------	------------------------------------	---

総合受付フロアー 看板(サイン) 設置申込み ※○印を入れてください

申込内容	() 申込みます () 申込みない
------	------------------------------------

FAX 送信先

03-3527-3889

E-mail

jsoi2026@intervent.co.jp

第56回公益社団法人

日本口腔インプラント学会学術大会運営事務局 行

◇二次元バーコードからもお申込み頂けます◇

<https://ws.formzu.net/dist/S754927222/>

