

ハンズオンセミナー申込書(Fax 052-269-3252)

第99回日本糖尿病学会中部地方会  
会長 田中 智洋 殿

趣旨に賛同し、第99回日本糖尿病学会中部地方会のハンズオンセミナーを申し込みいたします。

令和 年 月 日

貴社名 \_\_\_\_\_

部署 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

ご担当者 \_\_\_\_\_

電話 ( ) - \_\_\_\_\_ FAX ( ) - \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

I. 講演タイトル \_\_\_\_\_

II. 講師名 \_\_\_\_\_

所属先 \_\_\_\_\_

III. 座長名 \_\_\_\_\_

所属先 \_\_\_\_\_

IV. 開催日程希望日 第1希望 月 日 第2希望 月 日

V. 開催場所 名古屋コンベンションホール ご希望会場のチェックをお願いします。

※日時、会場等の重複が生じた場合は、当地方会事務局にて調整を致します。

メインホール A(約250名)  メインホール B(約250名)  会議室406(約200名)

VI. ご意見・ご要望がございましたらお書き下さい。(後日、共催セミナー当日手配に関わるアンケートを伺います。)

備考欄

<申込み・問合せ先> 第99回日本糖尿病学会中部地方会 運営事務局  
株式会社セントラルコンベンションサービス  
担当:井上藤則、山田絵里子  
〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄3-19-28

TEL 052-269-3181 FAX 052-269-3252 E-mail: jdsc99@ccs-net.co.jp