

ランチョンセミナー申込書(Fax 052-269-3252)

第100回日本糖尿病学会中部地方会
会長 森田 浩 殿

趣旨に賛同し、第100回日本糖尿病学会中部地方会のランチョ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 アクシティ浜松コンгрессセンター 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。

31会議室(約 500 名) 41会議室(約 400 名) 43会議室(約 150 名)

44会議室(約 100 名) 53+54会議室(約 160 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するアンケートを伺います。)

備考欄

〈申込み・問合せ先〉 第100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: jdscl00@ccs-net.co.jp