

〈展示募集要項〉

1. 実施方法：別府国際コンベンションセンター（ビーコンプラザ）
2. 展示期間：研究会当日 午前10時～午後4時（予定）
3. 出展料金：60,000円（1小間）
4. 募集展示数：機器、医薬品等 3社（予定）
5. 出展物：出展可否の判断は研究会会長が行う
6. 締め切り

令和6年10月31日

7. 申し込み方法：以下のサイトより申し込み用紙をダウンロードし、必要事項をご記入のうえ、メールもしくは郵送でお申し込みください。

西別府病院 <https://nishibeppu.hosp.go.jp>

8. 提出先

研究会事務局

独立行政法人国立病院機構 西別府病院

〒874-0840 大分県別府市大字鶴見 4548

Tel: 0977-24-1221

Fax: 0977-26-1163

Mail: 619-shidou@mail.hosp.go.jp

9. 展示料振り込み先

展示料のご入金は以下の口座に学術集会前日までにお振込みください。

前日までのお振込みが難しい場合には、事前にご連絡ください。

銀行名：大分銀行（0183） 鉄輪支店

店番号：022

口座番号：（総合）7556685

口座名義：九州地区重症心身障害研究会

（キユウシユウチクジュウシヨウシンシンシヨウガイケンキユウカイ）

10. 請求書が必要な場合は事務局にご連絡ください。

11. 取消

出展申し込み後は、事務局が不可抗力と認めた事項以外での取消はできません。

従って、出展費の返金も致しかねますので、ご了承ください。

第46回九州地区重症心身障害研究会 企業展示申込書

申込日 年 月 日

第46回九州地区重症心身障害研究会
会長 後藤 一也殿

貴研究会の企業展示につき、その趣旨に賛同して下記のとおり申し込みます。

1. 申込小間数： 小間 申し込みます。
2. 展示料： 円×小間 = 円
3. 使用電力容量： AC100V 単相 W コンセント数 個
4. 展示台： 必要・不要（※どちらかに○をおつけください。）
5. 社名板： 必要・不要（※どちらかに○をおつけください。）
6. 出品予定品目：

申込者情報

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

部署名

■お申込み・お問合せ先

研究会事務局

独立行政法人国立病院機構 西別府病院

〒874-0840 大分県別府市大字鶴見 4548

Tel: 0977-24-1221

Fax: 0977-26-1163

Mail: 619-shidou@mail.hosp.go.jp