年　　　月　　　日

**第24回福岡県看護学会**

**ＦＡＸ　０９２－６３１－１１７５**

 **広告　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 掲載スペース | 1ページ | or | 半ページ |
| ※上記いずれかに○をつけて下さい。 |
| 金額 |  | ぺ | ― | ジ |  | ０ | ０ | ０ | ０ | 円 |  |
| ※上記空欄に数字を記載してください。掲載料 ： 1ページ　20,000円 ・ 半ページ　10,000円 |
| 御担当者名 | （役職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E－mail | 　　　　　　　　　　　 　　＠ |
| 備考欄 |  |

年　　　月　　　日

**第24回福岡県看護学会**

**ＦＡＸ　０９２－６３１－１１７５**

 **企業展示、申込書 ①**

**※申込書は２枚ありますので、2枚ともに提出してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 展示スペース | 希望　　　 スペース　　　・　　金額　　　　　　　　　　円 |
| ＊1スペース（横120ｃｍ×縦90ｃｍ）　25,000円 |
| 　電源 | （　　希望する　　・　　希望しない　　） |
| ＊希望の場合 ： 電源（　　　）kw ・ コンセント2口（　　　）個 |
| 御担当者名 | （役職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E－mail | 　　　　　　　　　　　 　　＠ |
| 備考欄（展示内容等） |  |
| 展示詳細 |  |

※設営場所及び搬入設営等については、後日お知らせします。

 **企業展示　申込書 ②**

**注意事項**

・追加スペースは、認めておりません。

・申込時の展示スペースよりはみ出した場合は、追加料金（スペース×超過スペース）を徴収いたします。

・専用駐車場はありません。

・当日の荷物（段ボール等）の預かりは行っておりません。

・主催者が許可した業者以外のものは、販売はできません。

上記の注意事項を承諾しますか。

諾　・　否

**企業展示スペースについて**

下記　基本レイアウトを参照に、展示予定の図をお書きください。

縦90cm

横120cm

基本レイアウト※場所によっては、椅子の配置が変更になる場合もございます

展示スペース予定

|  |
| --- |
| 貴社名： |

年　　　月　　　日

**第24回福岡県看護学会**

**ＦＡＸ　０９２－６３１－１１７５**

 **オンデマンドweb広告掲載申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 広　　告　　数 | 1広告 | 20,000円 |
| 広告内容予定 |  |
| 御担当者名 | （役職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E－mail | 　　　　　　　　　　　 　　＠ |
| 備考欄 |  |