広 告 掲 載 申 込 書

第６５回全国国保地域医療学会プログラムに、次のとおり広告掲載を申し込みます。

「申込表示」欄に○印を付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サ イ ズ | 単 価 | 申込表示 |
| 学会プログラム | Ａ3版（見開き） | ２００，０００円 |  |
| Ａ4版 | １００，０００円 |  |
| Ａ5版 | ５０，０００円 |  |

広告掲載料合計 金　 円

令和 年 月 日

会社・団体名

代表者役職・氏名

印

〒

所 在 地

担当部署

御担当者氏名　 電話番号　 メールアドレス

第６５回全国国保地域医療学会

学 会 長 高　垣　有　作 様