

申込み締切：2025年6月9日（月）

【送信先】

第36回日本臨床スポーツ医学会学術集会 運営事務局 宛

FAX：03-6222-9875 E-mail：a-csc@a-csc.org

第36回日本臨床スポーツ医学会学術集会
共催セミナー申込書

申込年月日	年 月 日		
貴社名			
住所	〒		
ご担当者	氏名		
	部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

1. 下記の共催セミナーを申込みます。（該当欄に をつけ、開催日の希望をご記入ください。）

- | | 税込価格 | 第1希望 | 第2希望 |
|---|------------|-------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ランチョンセミナー Aランク | ¥1,000,000 | | 開催希望日 (日) ・ (日) |
| <input type="checkbox"/> ランチョンセミナー Bクラス | ¥800,000 | | 開催希望日 (日) ・ (日) |
| <input type="checkbox"/> イブニングセミナー | ¥600,000 | | |
| <input type="checkbox"/> モーニングセミナー | ¥600,000 | | |
| <input type="checkbox"/> 共催シンポジウム | ¥1,500,000 | | 開催希望日 (日) ・ (日) |

2. 演題（テーマ）・座長・演者について（案）

※お申込み時点では未定でも構いませんが、申込締切までにお知らせください。

演題（テーマ）：

第1候補	第2候補	
座長：	先生	先生
(ご所属) (ご所属)
第1候補	第2候補	
演者：	先生	先生
(ご所属) (ご所属)

3. その他（ご要望・連絡事項等ございましたらご記入ください。）

()