

◆同時通訳での開催

※外国語でのご講演の場合、記載必須です。

※オンデマンド配信用データには、現地の通訳データは含まれません。必要な場合は別途ご相談ください。

- ① 同時通訳機材の借受希望 (220,000 円 (税込)) _____ 希望する _____ 希望しない
- ② 通訳会社の紹介希望 _____ 希望する _____ 希望しない
- ③ 貴社の英語表記 _____

現地開催確認事項 (A・B・C)

◆企業席数 (現地開催をご希望の場合、何れかに○印のうえ、必要空欄をご記入ください。)

- ・() 基本設定 20 席で変更ありません。
- ・() 企業席として _____ 席、希望します。

◆自社収録有無

(現地開催をご希望の場合、何れかに○印をご記入ください。撮影用スペースを確保します。)

- ・() 有
- ・() 無

開催形式Cをお選びの企業様のみ、ご回答ください

◆自社収録「有」に○をされた場合は以下をご回答ください。

- ① () 自社で撮影した動画を WEB 配信データとして使用
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を WEB 配信データとして使用

◆自社収録「無」に○をされた場合は以下をご回答ください。

- ① () 日本麻酔科学会撮影の動画をそのまま配信
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を編集してから配信

◆窓口

①お申込担当者

企業名	
住所	〒 _____ (□本社 / □支社)
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

以下に、該当される企業様は、次ページもご記入のうえ、ご提出ください。

※該当するものに☑をいれてください。

- ご連絡窓口が①と異なる ご請求書送付先が①と異なる

②ご連絡窓口（他社に委託される場合は、その情報を記入ください。）

※①と同じ場合はご記入いただく必要はございません。

企業名	
住所	〒
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

③ご請求書送付先

※①と同じ場合はご記入いただく必要はございません。

企業名（請求書の宛名）	
-------------	--

送付先企業名			
ご担当者名			
部署名		役職	
送付先住所	〒		
Tel		Fax	
E-mail			

◆申込書送付先

公益社団法人日本麻酔科学会 第71回学術集会事務局

Tel : 078-306-5945 Fax : 078-306-5946

E-mail : jsa71jsa@anesth.or.jp

【事務局記入欄】

WEB 配信有無		LIVE 中継有無	
備考			