

E-mail: jsa69jsa@anesth.or.jp

(Fax: 078-306-5946)

(公社) 日本麻酔科学会第 69 回学術集会 共催セミナー申込書

※申込締切 2021 年 10 月 8 日 (金)

◆申し込み日: 年 月 日

◆申込内容 (いずれかに○をつけてください)

- () A 現地開催
 () B 現地開催+ (現地開催映像) LIVE 配信
 () C 現地開催+ (現地開催映像) オンデマンド配信
 () D LIVE 配信
 () E オンデマンド配信

◆セミナー開催希望日 (以下の表より開催形式をご確認のうえ、希望日を記載ください)

現地開催 (A・B・C)	現地開催日 (いずれかに○印)
第 1 希望	6 月 16 日 ・ 6 月 17 日 ・ 6 月 18 日
第 2 希望	6 月 16 日 ・ 6 月 17 日 ・ 6 月 18 日
第 3 希望	6 月 16 日 ・ 6 月 17 日 ・ 6 月 18 日

WEB 開催 (D)	配信日時 (希望日時を記載ください)
第 1 希望	月 日 時配信開始
第 2 希望	月 日 時配信開始
第 3 希望	月 日 時配信開始

※オンデマンド配信 (C・E) はWEB開催期間中 (2022 年 6 月 20 日 (仮) ~ 会期終了まで) 常に配信されます。

◆セミナー内容 (案) (案をご記入ください。申し込み時点での内諾は行わないでください。)

※本学会より座長の推薦が必要な場合は、その旨ご記載ください。

※連名でのお申込はお受け致しかねます。 ※確定後は本学会より会長名で依頼状を送付します。

フリガナ 企業名	
テーマ	
座長 (氏名、所属)	
演者 1 (氏名、所属)	
演者 2 (氏名、所属) ※演者 2 名の場合のみ	

< 次頁あり > ※必ず、3 枚併せてご提出ください。

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

◆(B・C) 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

◆(B・C) 自社収録「無」に○をされた場合は以下をご回答ください。

- ① () 収録データをそのまま配信
- ② () 収録データ編集してから配信

◆LIVE 中継・動画配信有無 (現地会場にて、どちらかを予定されている場合○印をご記入ください。事前手配が必要となります。※内容により追加料金が必要となります。)

- ・() LIVE 中継 (ZOOM などの御手配は御社にてお願いいたします。)
- ・() 動画配信 (事前にデータ提出をお願いいたします。)

◆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。

- ① 同時通訳機材の借受希望 (200,000 円) _____ 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 _____

WEB開催確認事項 (D・E)

◆講演会場の手配について

- 希望する
- 希望しない

◆その他希望事項

※別途費用が発生する際は、手配実費を後日請求させていただきます。

◆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	

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

◆申込書送付先

公益社団法人日本麻酔科学会 第69回学術集会事務局

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

E-mail : jsa69jsa@anesth.or.jp