申込先：大会事務局　ＦＡＸ：0776-27-4077

期　限：6月28日（金）

第59回北陸信越薬剤師大会・第52回北陸信越薬剤師学術大会

協賛申込書

第59回北陸信越薬剤師大会

第52回北陸信越薬剤師学術大会

会　長　　篠田　秀幸　　　様

　　趣旨に賛同し、以下のとおり協賛します。

|  |  |
| --- | --- |
| お申込者（企業名） | 正式名称をご記入ください。 |
| お申込者（ご担当者） | 氏名：電話：　　　　　　　　　　　　　　FAX：E-mail： |
| 協賛内容 | 申込内容に☑印をお願いします。□　表2 or 表3カラー（A4）1ページ　 80,000円　　募集　2社□　表4カラー（A4）1ページ　　　　 100,000円　　募集　1社□　後付モノクロ（A4）1ページ　　　　40,000円　　募集　10社□　後付モノクロ（A5）1／2ページ　　 20,000円　　募集　10社※　発行部数：800部※　データ、版下、ポジフィルム入稿期限は6月28日（金）必着※　税込金額となります。 |
| ご請求先（ご住所） | 〒 |
| ご請求先（宛名） |  |
| 備考 |  |

　※　請求書は、大会終了後に送付いたします

　　＜請求後の納入口座＞

　　　　福井銀行（0147）　学園出張所（141）　普通　1151040　　北陸信越薬剤師大会