

申込期限:2024年8月30日(金)

## 第17回日本摂食嚥下障害看護研究会

### 「展示出展」申込書

E-mail: y-abe@jdnsg.jp

第17回日本摂食嚥下障害看護研究会  
大会会長 久保 桂宛

申込日: 年 月 日

貴社情報	貴社名	
	住所	〒
ご担当者様	フリガナ	
	氏名	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

\*ご記入いただきました個人情報内容につきましては、本会連絡・ご案内以外には使用しません

\*研究会時間内に企業広告をできる時間を設けております

●ご希望の出展内容を選択し、ご希望の小間数をご記入ください

申込番号	種類	1小間あたりの出展料(税込み)	募集小間数	申し込み小間数
1	展示出展	30,000円	10	小間
2	書籍	20,000円	1	小間

●主な展示内容、電気使用について

主な展示内容	
電気使用の予定	<input type="checkbox"/> 使用する( W程度) <input type="checkbox"/> 使用しない 小間への電気供給については出展料には含まれません。出展決定後に別途、ご連絡をさせていただきます。使用予定の場合はご記入ください

申し込み先: 第17回日本摂食嚥下障害看護研究会 大会事務局 安部 幸 (y-abe@jdnsg.jp)