株式会社ケイ・メッド 担当:小林

E-mail: kobayashi@keimed.co.jp or FAX: 03-6803-1534

第71回日本透析医学会学術集会・総会 企業展示申込書

提出期限: 2026年1月30日

	님	出展規定・規約	約を了る	承し、下記	の通り	申し	ノ込みます	0			
	_							— 年		月	Е
●出展申	込者 (所存	生地、TEL·FAX、	E-mail (は実務担当者の	りものを	ご記え	入ください。)				
会社名	フリガナ										
団体名											
代表者名	フリガナ 				役耶	韱					
実務	フリガナ 			所属部署				役職			
担当者				別馮即省				1又400			
所在地	〒				TE	L.					
E-mail					FAX	X					
※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。											
●申込タイプ·小間数 (タイプに図と小間数をご記入ください)											
□ Sタ	イプ ※32 m	引以上	Па	タイプ (□単列	□ネ	複列)	書籍原	表示		
100 mまで ¥66,000 × (m) ¥308,000 x (m) x308,000					は6小間			本数			
注釈:100 ㎡	超単価は超えた面	積部分の金額です	□в	タイプ ※	特別装飢	布不可		(本〕	
希望: ¥198,000 × 〔							小間〕				
間口()m×奥行	() m									
●展示力	テゴリーま	るよび出展物	7) (主な)	出展物のカテゴ	リー欄に	☑と、	具体的な出展物	をカッコP	内にご言	己入くださ	い)
□ 透析機	機器・装置関連 2関連	☑ 医療用具☑ その他	関連(カ	カテーテルな	(ど)		医療用医薬品	d 🗆 i	透析関	連シスラ	テム
ر الماري											_
受付	受付日 受付番号			請求内		Ī	請求書No.	請求	3	入金日	\dashv
	スロ田ワ			十亿3					l		

株式会社ケイ・メッド 担当:小林

E-mail: kobayashi@keimed.co.jp or FAX: 03-6803-1534

第71回日本透析医学会学術集会・総会 展示ルーム申込書

提出期限: 2026年1月30日

出展規定・規約を了承し、下記の通り申し込みます。

年 月 \Box 出展申込者 (所在地、TEL·FAX、E-mail は実務担当者のものをご記入ください。) フリガナ 会社名 団体名 フリガナ 代表者名 役職 フリガナ 実務 役職 所属部署 担当者 所在地 TEL E-mail FAX ※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。 ●申込内容 (該当する項目欄に図印をご記入ください) ① 展示ルームに申し込みます (¥1,320,000) ② 展示ルームに申し込みます (¥1,980,000) ③ 展示ルームに申し込みます (¥2,640,000) ●予定開催内容 (確定していなくとも、お申込時点での予定開催内容をご記入ください。) 事務局使用欄 受付日 請求内容 請求書No. 請求日 入金日

申込金

受付

受付番号

株式会社ケイ・メッド 担当:小林

E-mail: kobayashi@keimed.co.jp or FAX: 03-6803-1534

第 71 回日本透析医学会学術集会・総会 ランチョン/スイーツ/イブニングセミナー申込書

提出期限: 2026年1月30日

規定・規約を了承し、下記の通り申し込みます。

		79000 79000 2 3	/310	(DO 0 2		J 2 0 7 0 7 0	_			
							年		月	E
●共催セ	ミナー申込	込者 (所在地、T	EL·FA>	K、E-mail (a	は実務担当	者のものをご記。	入ください	,۱°)		
会社名	フリガナ									
団体名										
	フリガナ									
代表者名				<u>-</u> .	役職					
	フリガナ									
実務				所属部署			役職			
担当者	_					1				
所在地	〒				TEL					
E-mail					FAX					
※ご記入い	ただいた個人情	報の内容につきまし	ては、オ	よ会の連絡な	らびに各	種学会のご案内に	以外には係	使用いた	こしません	v.
大会プロケ	ナー欄に図印を グラム等の兼ね 。また、複数の	を記入し、希望日時 2合いで会場規模や のセミナー希望もお	日時から受けし	がご希望ど	おりにな その際は	<u></u> らない場合があ	あります。	こと予	めご了酒	承
100)	,		_ ^	1 2						
【会場規模	莫】 5	500 席超		(¥1,	,760,00	00)				
	□ 2	50 席~500 席	未満	(¥1,	,540,00	00)				
	□ 1	180 席~250 席₹	未満	(¥1,	,320,00	00)				
【希望日時	詩】 第1候	補 6月 日	第2	2 候補 6	月	<u>日</u> 第3候	補 <u>6</u> /	<u> </u>	日	
			事	孫局使用村	闌					
	W/10		— 1	==_15	· cha	== + -= + + + + + + + + + + + + + + + +	== -1.		1 ^ 🗆	\neg
TT (-1	受付日	1		請求内	谷	請求書No.	請求		入金日	

申込金

受付

受付番号

株式会社ケイ・メッド 担当:小林

E-mail: kobayashi@keimed.co.jp or FAX: 03-6803-1534

第71回日本透析医学会学術集会・総会 企業共催シンポジウム申込書

提出期限: 2026年1月30日

年

月

 \Box

規定・規約を了承し、下記の通り申し込みます。

企業共	催シンポラ	ジウム	申込者(原	所在地、TEL·F.	AX、E-m	iail は実務担当者の	のものをご記入	、ください。)
会社名 団体名	フリガナ							
代表者名	フリガナ				役職	ŧ		
実務 担当者	フリガナ			所属部署			役職	
所在地	〒				TEL	-		
E-mail					FAX	(
	企業協賛:	シンポミ	グウムに申込	.します (¥2,310	0,000)		
					•	日 第3	候補 <u>6 月</u>	日
				事務局使用植	闌			
	Γ .	T		-			Γ .	T
受付	受付日 受付番号			請求内		請求書No.	請求日	入金日

株式会社ケイ・メッド 担当:小林

E-mail: kobayashi@keimed.co.jp or FAX: 03-6803-1534

第71回日本透析医学会学術集会・総会 各種広告掲載申込書

提出期限: 2026年1月30日

規定・規約を了承し、下記の通り申し込みます。 年 月 \Box ●広告掲載申込者 (所在地、TEL·FAX、E-mail は実務担当者のものをご記入ください。) フリガナ 会社名 団体名 フリガナ 代表者名 役職 フリガナ 実務 役職 所属部署 担当者 所在地 TEL E-mail FAX ※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。 ●申込内容 (該当する項目欄に四印をご記入ください(複数記入可)) 1.

1) 大会プログラム 表 4 カラー 1ページ (¥605,000) □ 2) 大会プログラム 表 3 カラー 1ページ (¥484,000) □ 3) 大会プログラム 表 2 カラー 1ページ (¥484,000) □ 4) 大会プログラム 中付 白黒 1ページ (¥121,000) □ 5) 大会プログラム 後付 白黒 1ページ (¥ 96,800) □ 6) 大会プログラム 後付 白黒 1/2ページ (¥ 60,500) 2. □ 抄録 Web/アプリバナー広告 (¥1,210,000) 3. □ ネームカードストラップ広告 (¥1,210,000) 大会ホームページバナー広告 (¥550,000) 事間スライド投影広告(パターン1) (¥55,000) 幕間スライド投影広告(パターン2) (¥330,000) 6.

コングレスバッグ広告 (¥1,210,000) 7. □ 1) 神戸ポートピアホテル本館 1 階ロビー階段踊り場広告 (¥550,000) 2) 神戸ポートピアホテル南館1階通路壁面広告 (¥770,000) 3) 神戸ポートピアホテル南館1階通路コーナー広告 (¥1,100,000)

受付	受付日	請求内容	請求書No.	請求日	入金日
	受付番号	申込金			