

第36回日本脳神経外科コンgres総会

関連会合・委員会申込書

会合基本情報

会合名※1		
人数 ※2		
希望	第1希望	第2希望
開催日		
会合開催時間※3		
会合終了時間※3		
会場使用時間※4		
会場レイアウト	※選択してください <input type="checkbox"/> ロの字(もしくは島組み) <input type="checkbox"/> シアター形式(講演会場形式、机なし) <input type="checkbox"/> スクール形式(講演会場形式、机あり)	※選択してください <input type="checkbox"/> ロの字(もしくは島組み) <input type="checkbox"/> シアター形式(講演会場形式、机なし) <input type="checkbox"/> スクール形式(講演会場形式、机あり)

※1 会合名は会場前に掲載しますので**正式名称**でご記入ください。

※2 人数は必要席数でご記入ください。

※3 会合の開催時間は、下記の時間帯とし、学術集会プログラムの開催時間と重ならないようにしてください。

5月19日(木)	8:00~16:20		
5月20日(金)	7:00~8:10	12:10~13:10	18:10~21:00
5月21日(土)	7:00~8:20	12:00~13:00	19:20~21:00
5月22日(日)	7:00~8:50	12:10~13:10	15:10~18:00

※4 会場使用時間は準備・撤収時間を念頭の上、ご記入ください。

手配関係

予定	有無	内容(予定)	備考
映像機材使用の予定			※持込機材にて対応される場合には「持込予定」と記入してください。
撮影/録音/収録の予定			※持込機材にて対応される場合には「持込予定」と記入してください。
飲食手配の予定			
アルバイトスタッフ手配の予定			※事務局手配希望の場合には人数をご記入ください。

※詳細な手配内容につきましては、日時・会場の決定後にご案内をさせていただきますので、

現段階での予定をご記入ください。

◆請求先

団体名	
部署	
担当	
〒	
住所1	
住所2(ビル名等)	
TEL	
FAX	
E-mail	

(ご希望等、その他)

【お問い合わせ先/申込書送付先】

第36回日本脳神経外科コンgres総会 運営事務局
 日本コンベンションサービス(株)内
 〒541-0042 大阪市中央区今橋4-4-7京阪神淀屋橋ビル2F
 TEL: 06-6221-5933 / FAX: 06-6221-5938
 E-mail: jcns2016@convention.co.jp
 担当: 木下・加来・平