

日本薬学会第 126 年会 事務局補佐 行

【 F A X : 0 6 - 6 4 5 6 - 4 1 0 5 】

日本薬学会第 126 年会 スポンサー・シンポジウム申込書

貴社名				
ご担当部署				
ご担当者名				
ご連絡住所	〒			
電話番号			F A X 番号	
E - m a i l				
ご希望の番号を 記入ください。 第 1 希望 () 第 2 希望 () 第 3 希望 ()	3月28日 (火)	スポンサー シンポジウム	番号	1,000席(国際センター 大ホール 午前)
				1,000席(国際センター 大ホール 午後)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午前)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午後)
	3月29日 (水)	スポンサー シンポジウム	番号	1,000席(国際センター 大ホール 午前)
				1,000席(国際センター 大ホール 午後)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午前)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午後)
	3月30日 (木)	スポンサー シンポジウム	番号	1,000席(国際センター 大ホール 午前)
				1,000席(国際センター 大ホール 午後)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午前)
				1,300席(仙台市民会館 大ホール 午後)
その他ご要望				
申込・問い合わせ先 : 日本薬学会第 126 年会 事務局補佐 〒530 0001 大阪市北区梅田 2-2-22 ハービス ENT 11F 株式会社ジェイコム コンベンション事業本部内 Tel: 06-6348-1391/Fax: 06-6456-4105/E-mail: 126pharm@jtbcom.co.jp				

本申込書はE-mail またはF A Xで事務局補佐までお送り下さい。申込締切:平成 17 年 8 月 31 日(水)