

E-mail: jsa73jsa@anesth.or.jp

(Fax: 078-306-5946)

(公社) 日本麻酔科学会第 73 回学術集会 共催セミナー申込書

※申込締切日 2025 年 10 月 3 日 (金)

◆お申込み日: 年 月 日

◆お申込み内容 (いずれかに○をつけてください)

() A 現地開催 ¥3,080,000 (税込)

() B 現地開催+ (現地開催映像) L I V E 配信 ¥3,850,000 (税込)

() C 現地開催+ (現地開催映像) オンデマンド配信 ¥3,520,000 (税込)

◆セミナー開催希望日 (以下の表より開催形式をご確認のうえ、希望日を記載ください)

現地開催 (A・B・C)	現地開催日 (いずれかに○印)
第 1 希望	5 月 21 日 ・ 5 月 22 日 ・ 5 月 23 日
第 2 希望	5 月 21 日 ・ 5 月 22 日 ・ 5 月 23 日
第 3 希望	5 月 21 日 ・ 5 月 22 日 ・ 5 月 23 日

※オンデマンド配信 (C) は現地会場での共催セミナーを撮影し、会期終了後の WEB 開催期間中 (2026 年 5 月 21 日 (木) ~6 月 30 日 (火)) 配信いたします。

◆セミナー内容 (案) (案をご記入ください。申込み時点での内諾は行わないでください。)

※本学会より座長の推薦が必要な場合は、その旨ご記載ください。

※座長・演者確定後 (会長承認を得た後、確定となります)、本学会より会長名で依頼状を送付します。

※連名でのお申込みはお受けいたしかねます。

フリガナ 企業名	
テーマ	
座長 (氏名、所属)	
演者 1 (氏名、所属)	
演者 2 (氏名、所属) ※演者 2 名の場合のみ	

<次頁あり>※必ず、併せてご提出ください。

現地開催確認事項（A・B・C）◆**企業席数**（現地開催をご希望の場合、何れかに○印および、必要席数をご記入ください。）

- ・() 基本設定 20 席で変更ありません。
- ・() _____ 席、希望します。

◆**自社収録有無**

（現地開催をご希望の場合、何れかに○印をご記入ください。撮影用スペースを確保します。）

- ・() 有 ・() 無

開催形式Cをお選びの企業様のみ、ご回答ください◆**自社収録「有」に○をされた場合は以下をご回答ください。**

- ① () 自社で撮影した動画を WEB 配信データとして使用
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を WEB 配信データとして使用

◆**自社収録「無」に○をされた場合は以下をご回答ください。**

- ① () 日本麻酔科学会撮影の動画をそのまま配信
- ② () 日本麻酔科学会撮影の動画を編集してから配信

◆**窓口**

①お申込担当者

企業名	
住所	〒 (□本社 / □支社)
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

■**次ページも必ずご提出ください。**（該当がない場合は、白紙のままご提出ください。）

※該当するものに☑をいれてください。

- ☐ ご連絡窓口が①と異なる ☐ ご請求書送付先が①と異なる

②ご連絡窓口（他社に委託される場合は、その情報を記入ください。）

※①と同じ場合はご記入いただく必要はありません。

企業名	
住所	〒
ご担当者名	
部署名	
役職	
Tel	
Fax	
E-mail	

③ご請求書送付先

※①と同じ場合はご記入いただく必要はありません。

企業名（請求書の宛名）	
-------------	--

送付先企業名			
ご担当者名			
部署名		役職	
送付先住所	〒		
Tel		Fax	
E-mail			

◆申込書送付先

公益社団法人日本麻酔科学会 第73回学術集会事務局

Tel : 078-306-5945 Fax : 078-306-5946

E-mail : jsa73jsa@anesth.or.jp

【事務局記入欄】

WEB 配信有無		LIVE 中継有無	
備考			