

第 67 回歯科基礎医学会学術大会

❖ 協賛申込書 ❖

年 月 日 (申込締切: 2025 年 6 月 30 日)
(※アップデートシンポジウム締め切り: 5 月 30 日)

貴社名				
担当部署			担当氏名	
ご連絡先	住所	〒		
	電話	(内線:)	FAX	
	E-mail			

ご希望の協賛項目に☑を入れ、当てはまる申込欄に○印をお付けください。

□ プログラム集広告

申込欄		掲載面	サイズ	掲載料(税込)		募集口
賛助会員	非賛助会員			賛助会員	非学会賛助会員	
		裏表紙	A4	40,000 円	60,000 円	1 社
		表紙の裏	A4	40,000 円	50,000 円	1 社
		裏表紙の裏	A4	35,000 円	45,000 円	1 社
		後付 1 頁	A4	30,000 円	40,000 円	2 社

□ ホームページリンク

申込欄		掲載料(税込)	
賛助会員	非賛助会員	賛助会員	非学会賛助会員
		50,000 円	60,000 円

□ 企業展示

申込欄				既定出展料(税込)
会員種別	小間数	出展料		
賛助会員		-0,000 円		50,000 円/小間
非賛助会員		-0,000 円		60,000 円/小間
主な展示内容 ・特記事項				

□ アップデートシンポジウム協賛 (110,000 円以上[税込])

連絡を取っているオーガナイザーの氏名		オーガナイザーの所属		チラシ同封	商材等配布
該当シンポジウム名				有○無	有○無

《お問合せ先・申込書送付先》

第 67 回歯科基礎医学会学術大会 運営事務局
株式会社オービット内

〒806-0067 北九州市八幡西区引野 1 丁目 5-31-101

E-mail: jaob67@orbit-cs.net

大会ホームページ: <https://orbit-cs.net/jaob67/>