

E-mail: jsa74jsa@anesth.or.jp

(Fax: 078-306-5946)

**(公社) 日本麻酔科学会第74回学術集会 共催セミナー申込書**

※申込締切日 2026年10月2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) 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)	現地開催日 (いずれかに○印)
第1希望	6月3日 ・ 6月4日 ・ 6月5日
第2希望	6月3日 ・ 6月4日 ・ 6月5日
第3希望	6月3日 ・ 6月4日 ・ 6月5日

※オンデマンド配信 (B) 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 (2027年6月14日 (月) ~7月13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てください。)

※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	

&lt;次頁あり&gt; ※必ず、併せてご提出ください。

**現地開催確認事項 (A・B)**

◆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B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ございません。

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ございません。

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74回学術集会事務局

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

E-mail : jsa74jsa@anesth.or.jp

## 【事務局記入欄】

WEB 配信有無	
備考	