

申込締切：2019年10月25日(金)【厳守】

第39回医療情報学連合大会 会議室利用申請申込書

第39回医療情報学連合大会 運営事務局 宛

E-mail:kobayashi@keimed.co.jp

FAX：03-6803-1534

1. 利用団体名：_____

2. 利用会議名：_____

3. 日本医療情報学会との関係（下記空欄に記述下さい）：

注釈：会議室利用料金について

JAMI 関連およびセッション会議については利用料金は掛かりません。

4. 利用希望日：第1希望 11月 日（ ）： ～ ：

第2希望 11月 日（ ）： ～ ：

第3希望 11月 日（ ）： ～ ：

※原則、利用時間は1時間単位、最大2時間。必ず複数の希望を記入ください。

5. 出席予定人数： _____ 名

※部屋内は原則島小間になっています。レイアウト変更した場合は現状復帰ください。

6. その他ご要望（オプション機材、料飲など）

※具体的にご記入ください。

申込日：2019年 _____ 月 _____ 日

利用会議代表者名： _____

利用会議担当者名： _____ 所属名： _____

担当者連絡先住所：〒 _____

TEL： _____ FAX： _____

E-mail： _____

会場での連絡先（携帯電話番号）： _____