

< 寄付金募集要項 >

1. 募金の名称

第39回医療情報学連合大会（第20回日本医療情報学会学術大会）

2. 募金の目的

第39回医療情報学連合大会（第20回日本医療情報学会学術大会）の開催準備資金

3. 募金目標金額

500,000円

4. 募金期間

2019年3月1日（金）～2019年11月20日（水）

5. 寄付金の使途

第39回医療情報学連合大会（第20回日本医療情報学会学術大会）の準備および運営の費用とする。

6. 寄付申込み先

添付の申込み用紙に必要事項をご記入の上、下記まで郵送もしくはFAXでお申し込みください。

【申込先】

第39回医療情報学連合大会 運営事務局
株式会社ケイ・メッド
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534
E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

7. 寄付金振込方法

下記口座にお振込みください。

振込先口座：三井住友銀行（金融機関コード0009） 富山支店（店番501）
普通 1061037
第39回医療情報学連合大会事務局
（ダイサンジュウキユウカイイリヨウジヨウホウガクレンゴウタイカイジムキョク）

8. 透明性ガイドラインについて

本会は日本製薬工業協会および日本ジェネリック製薬協会「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」および日本医療機器産業連合会「医療機器業界における医療機関等との透明性ガイドライン」に基づき、「企業活動と医療機関及び医療関係者との関係の透明性に関する指針」に従い、貴社が本会へ支払う寄付金、共催費等、貴社のウェブサイト等を通じて公開されることについて、承諾いたします。

申込期限：2019年11月20日（水）

第39回医療情報学連合大会 寄付申込書

第39回医療情報学連合大会

大会長 中川 肇 殿

申込日 2019年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
	印	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

第39回医療情報学連合大会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付いたします。

記

1. 寄付金額 金 _____ 円

2. 振込予定日 2019年 月 日

3. 振込先 三井住友銀行（金融機関コード 0009） 富山支店（店番 501）
普通 1061037
第39回医療情報学連合大会事務局
(ダイサンジュウキユウカイイリヨウジヨウホウガクレンゴウタイカイジムキョク)

本書は必ずファックスもしくは郵送にてお送りいただきますようお願い申し上げます

ファックスの場合： 03-6803-1534

郵送の場合： 第39回医療情報学連合大会 運営事務局
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8
株式会社ケイ・メッド 担当：小林 正弘
TEL:03-6803-1522 FAX:03-6803-1534
E-mail:kobayashi@keimed.co.jp