

E-mail:jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

協賛寄附締切日：2025年5月16日（金）迄

【申込み先】 運営事務局 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
第79回医薬品相互作用研究会シンポジウム
【協賛寄附申込書】

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
大会長 工藤 賢三 様

年 月 日

本学術大会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附を申し込みます。

記

1. 寄附金額 金 円也

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL	FAX	
	E-mail		

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

※ ご支援いただいた企業様・団体様のお名前をプログラム・抄録集に掲載致します。

製作の都合上、**2025年2月28日(金)**お申込み分までの掲載とさせていただきますので、予めご了承ください。

※ お振込確認後に、事務局より領収証を発行・郵送致します。

※ 振込手数料は貴社にてご負担ください。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2171500
《名義人》日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会 大会長 工藤 賢三
(ニホンビョウインヤクザイカイトウホクブロッケンダイ14カイグジユツタイカイタカシヨウクドウケンゾウ)

E-mail:jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

展示締切日：2025年2月28日（金）迄

【申込み先】 運営事務局 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
第79回医薬品相互作用研究会シンポジウム
【企業展示出展申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ			
住所	〒			
担当者	所属部署		役職	
	氏名	フリガナ		
	TEL		FAX	
	E-mail		当日人数	名

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり企業展示を申込みます。

※申込み小間数をご記入下さい

形式	区分	小間サイズ	出展料（税込）	申込数
現地開催	①基礎展示	1小間 W1,800×D1,800×H2,100	¥132,000-	小間
	②書籍販売	1小間 W1,800×D900	¥33,000-	小間

※ 電気使用ならびに電気工事は別途オプション（有料）にて申し受けます。

造作・特別装飾	有り <input type="checkbox"/> ・ 無し <input type="checkbox"/>	※有りの場合は図面を添付してください。
展示物 配布物	※概略/予定で結構です。（寸法・重量など）	
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（レンタル備品など）	

※ お申込書受領後、出展料の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107

《口座番号》普通 2171500

《名義人》日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会 大会長 工藤 賢三

(ニホンビョウインヤクサノカイノホクノクワクダノイシヨウノサマノシヨウノウケノウケツウ)

E-mail:jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2025年2月28日（金）迄

【申込み先】 運営事務局 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
第79回医薬品相互作用研究会シンポジウム
【プログラム講演要旨集広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名		フリガナ			
住所		〒			
担当者	所属部署			役職	
	氏名	フリガナ			
	TEL		FAX		
	E-mail				

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書は手数料ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

下記のとおりプログラム講演要旨集広告掲載を申込みます。 ※チェック欄に☑をお願いします。

区分	種類	ページ	掲載料（税込）	募集数	チェック
①表4 裏表紙	A4カラー	1頁	¥165,000-	1件	<input type="checkbox"/>
②表2 表紙裏	A4カラー	1頁	¥137,500-	1件	<input type="checkbox"/>
③表3 裏表紙裏	A4カラー	1頁	¥137,500-	1件	<input type="checkbox"/>
④表3 対向	A4モノクロ	1頁	¥110,000-	1件	<input type="checkbox"/>
⑤後付A4	A4モノクロ	1頁	¥88,000-	10件	<input type="checkbox"/>
⑥後付A4 1/2（横）	A4 1/2 モノクロ	1/2頁	¥55,000-	14件	<input type="checkbox"/>
版下の送付	メール <input type="checkbox"/> / 宅配（USB <input type="checkbox"/> ・CD-R <input type="checkbox"/> ・清刷 <input type="checkbox"/> ）				
データ種類	ai <input type="checkbox"/> / psd <input type="checkbox"/> / pdf <input type="checkbox"/>				
版下送付予定日	年 月 日（ ）※版下送付締切 2025年2月28日（金）必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日（ ） 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》 岩手銀行 《支店名》 本宮支店 《店番》 107 《口座番号》 普通 2171500 《名義人》 日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会 大会長 工藤 賢三 (ホビ ヨインヤクサ イカイトウキョウ ロクダ イ14 カガ クジ ヌツカイ タツイヨウ クウケンゾウ)

E-mail:jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2025年4月30日（水）迄

【申込み先】 運営事務局 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
第79回医薬品相互作用研究会シンポジウム
【ホームページバナー広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL	FAX	
	E-mail		

※ ご記入いただいた個人情報につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

下記のとおりバナー広告掲載を申込みます。

※チェック欄にをお願いします。

区分	サイズ	表示位置	掲載料（税込）	募集枠	チェック
①バナー広告	横234×縦60ピクセル	TOPページ	¥110,000-	1枠	<input type="checkbox"/>
バナーリンク先	URL:				
データ種類	gif <input type="checkbox"/> / jpeg <input type="checkbox"/> / png <input type="checkbox"/>				
データ送付予定日	年 月 日 () ※データ送付締切 2025年2月28日(金) 必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日 () 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》 岩手銀行 《支店名》 本宮支店 《店番》 107 《口座番号》 普通 2171500 《名義人》 日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会 大会長 工藤 賢三 (ニホンビョウインヤクサ イカイトホクブ ロックダイ14カイグジ ユツタイイ タカハヤウ クウケンゾウ)

E-mail:jshp2025thk@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

共催セミナー締切日：2025年1月31日（金）迄

【申込み先】 運営事務局 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会
第79回医薬品相互作用研究会シンポジウム

【共催セミナー申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ									
住所	〒									
担当者	所属部署					役職				
	氏名	フリガナ								
	TEL				FAX					
	E-mail							当日人数	名	

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり共催セミナーを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

開催日	時間	セッション名	席数 (予定)	募集	時間	共催費 (税込み)	第1	第2	第3
5月17日 (土)	13:00~14:00	スポンサードシンポジウム1	150席	1枠	60分	¥770,000-			
	12:00~12:45	メディカルセミナーA	200席	1枠	45分	¥660,000-			
		メディカルセミナーB	150席	3枠	45分	¥550,000-			
	16:00~16:45	メディカルセミナーC	200席	1枠	45分	¥550,000-			
メディカルセミナーD		150席	3枠	45分	¥440,000-				
5月18日 (日)	12:30~13:30	スポンサードシンポジウム2	150席	1枠	60分	¥770,000-			
	11:30~12:15	メディカルセミナーE	200席	1枠	45分	¥660,000-			
		メディカルセミナーF	150席	3枠	45分	¥550,000-			

《講演内容》 ※現時点での予定で結構です。

演題名									
内容									
座長	所属					氏名			
演者1	所属					氏名			
演者2	所属					氏名			

※ 開催日・会場決定後、共催費の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》 岩手銀行 《支店名》 本宮支店 《店番》 107 《口座番号》 普通 2171500 《名義人》 日本病院薬剤師会東北ブロック第14回学術大会 大会長 工藤 賢三 (ニホビ ヨウインヤクサ イカイトホクブ ロクダ イ14 カイ カジ ヲツタイイ タイイヨウ クウケンゾウ)
