送信先：FAX: 03-6745-7678、E-mail: info@npo-hifu.net

特定非営利活動法人 皮膚の健康研究機構内 日本フォトダーマトロジー学会事務局

申込日　　　　　年　　　月　　　日

**賛助会員申込書**

日本フォトダーマトロジー学会

理事長 森田 明理 殿

本会の目的及び趣旨に賛同し下記の通り日本フォトダーマトロジー学会の賛助会員に申し込みます。

（会員期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日）

記

■ 申込口数： 口 円（1口 10 万円、何口でも可）

■ 入金予定日： 年 月 日 （注）領収書は会費受領後に送付いたします。

請求書の発行はいたしておりませんのでご希望の場合は別途ご記載ください。

※振込先

<銀 行 名> 三井住友銀行 浜松町支店

<口座名義> 特定非営利活動法人皮膚の健康研究機構 日本フォトダーマトロジー学会

<口座番号> 普通 7767168 ＊振込手数料は貴社にて御負担いただけますよう宜しくお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| ご担当部署 |  |
| ご担当者 |  |
| ご連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

以上

送信先：FAX: 03-6745-7678、E-mail: info@npo-hifu.net

特定非営利活動法人 皮膚の健康研究機構内 日本フォトダーマトロジー学会事務局

申込日　　　　年　　　月　　　日

日本フォトダーマトロジー学会　第7回学術大会

スポンサードセミナー申込書

ご希望の内容（予定）をご記載ください。※演者・座長は複数名でも結構です。

【　ランチョンセミナー　・　　スイーツセミナー　】（ご希望のセミナーに〇を付けてください）

■セミナータイトル ：

* 演者名および所属 ：
* 講演名 ：

　　ご希望の座長 ：

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| ご担当部署 |  |
| ご担当者 |  |
| ご連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

※申込書受領後に請求書をお送りいたします。

以上

送信先：FAX: 03-6745-7678、E-mail: info@npo-hifu.net

特定非営利活動法人 皮膚の健康研究機構内 日本フォトダーマトロジー学会事務局

申込日　　　　年　　　月　　　日

日本フォトダーマトロジー学会　第7回学術大会

広告掲載申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| ご担当部署 |  |
| ご担当者 |  |
| ご連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |

※申込書受領後に請求書をお送りいたします。

【1】 広告詳細

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 掲載箇所 | タイプ | 金額（消費税込） | サイズ | 募集枠数 |
| 記事中 | モノクロ | 30,000円 | A4 1/2頁（横） | 5 |

【2】 備考（要望等がある場合など、詳細をコメントください）