

**第26回日本脊椎・脊髄神経手術手技学会<ハンズオンセッション申込書>**

申込日:           年           月           日

貴社名			
取扱 ご担当者	部署名		
	ふりがな		
	お名前		
	所在地	〒	
	TEL		FAX
	E-mail		
抄録集・HPに記載する社名			
希望日とセッション数	希望日: <input type="checkbox"/> 9月6日(金)・ <input type="checkbox"/> 9月7日(土)	希望講演数(1講演 30分)	講演
希望プラン	<input type="checkbox"/>	<基本プラン> ハンズオンセッション 60分のみ	
	<input type="checkbox"/>	<スポンサーシップセットプラン> ハンズオンセッション 60分+展示 1ブース	
希望テーマ			

■その他ご希望などございましたら、ご記入ください。

--

**お申し込み先、お問い合わせ先**

【第26回日本脊椎・脊髄神経手術手技学会 運営事務局】

株式会社コングレ(大阪本社)内 〒541-0047 大阪市中央区淡路町 3-6-13

TEL: 06-6229-2555/FAX: 06-6229-2556/E-mail: jpstss2019@congre.co.jp