

展示申込書 (病院薬剤師キャリアアップ)

提出期限 / 11 月 28 日 (金)

E-mail : tenji@nyk.gr.jp

提出先 : 日本薬科機器協会展示会事務局
TEL : 022-388-6151

会社名 フリガナ 日本語表示 (必須)	会社名 英語表示 (必須)
所在地 〒	
担当者名	所属部課
TEL	FAX
E-mail	URL

■ 展示申込

《出展料 (1 小間あたり)》

小 間	小間数
病院薬剤師キャリアアップコーナー 病院様	小間

※右の一覧から希望する日時の「選択」欄に
チェックマークを付け、下の欄に合計料金を記載して
ください。

計
円

	単 価	選択
3 日間フル	195,000 円 (税別)	
2 日間 (3/27~3/28)	170,000 円 (税別)	
2 日間 (3/28~3/29)	160,000 円 (税別)	
1 日のみ (3/27)	135,000 円 (税別)	
1 日のみ (3/28)	135,000 円 (税別)	
1 日のみ (3/29)	125,000 円 (税別)	

備考欄 (要望事項がございましたらご記入ください。)

事務局使用欄

印

**日本薬科機器協会**
JAPAN PHARMACEUTICAL EQUIPMENT
& MACHINERY ASSOCIATION