

回答締切日:2026 年 7 月 31 日(金)

返信先: 56jswh@nex-tage.com / FAX: 076-216-7100

第 56 回日本創傷治癒学会 運営事務局 宛

年 月 日

第56回日本創傷治癒学会

共催セミナー申込書

貴社名						
ご担当所属						
ご担当者名						
ご連絡先	〒					
	Tel:		Fax:			
	E-mail:					
会場	石川県立看護大学 (〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1)					
希望セミナー (希望セッション に○印を付けて ください)	セッション名	開催日	会場名	席数(予定)	共催費(税込)	希望枠
	ランチョンセミナー1	11月22日(日)	第1会場(講堂)	約400 席	1,000,000円	
	ランチョンセミナー2	11月23日(月・祝)	第1会場(講堂)	約400 席	1,000,000円	
共催金額	¥					
通信欄	(テーマ、演者、座長の希望等)					
備考						

【申込・お問い合わせ先】

株式会社ネクステージ 〒920-0059 石川県金沢市示野町南 45 番地

TEL:076-216-7000 FAX:076-216-7100 E-mail:56jswh@nex-tage.com

回答締切日:2026 年 7 月 31 日(金)

返信先: 56jswh@nex-tage.com / FAX: 076-216-7100

第 56 回日本創傷治癒学会 運営事務局 宛

年 月 日

第56回日本創傷治癒学会

広告掲載(抄録集) 申込書

プログラム集への広告掲載を下記の通り申し込みます。

(希望枠に○印を付けてください)

掲載箇所	印刷色	金額(税込)	希望箇所
表 2(オモテ表紙の裏)	カラー	120,000 円	
表 3(ウラ表紙の裏)	カラー	100,000 円	
表 3 対向(表 3 の向かい)	モノクロ	90,000 円	
表 4(ウラ表紙)	カラー	150,000 円	
後付 1 頁	モノクロ	80,000 円	
後付 1/2 頁※	モノクロ	50,000 円	

料 金: ￥

版 下: 年 月 日 運営事務局あてに送付します。

※版下送付締切:2026年8月28日(金)必着

貴社名			
ご担当所属			
ご担当者名			
ご連絡先	〒		
	Tel:	Fax:	
	E-mail:		

【申込・お問い合わせ先】

株式会社ネクステージ 〒920-0059 石川県金沢市示野町南 45 番地

TEL:076-216-7000 FAX:076-216-7100 E-mail:56jswh@nex-tage.com

回答締切日:2024 年 8 月 28 日(金)

返信先: 56jswh@nex-tage.com / FAX: 076-216-7100

第 56 回日本創傷治癒学会 運営事務局 宛

年 月 日

第56回日本創傷治癒学会

企業展示申込書

企業展示への出展を下記の通り申し込みます。

貴社名			
ご担当所属			
ご担当者名			
ご連絡先	〒		
	Tel:	Fax:	
	E-mail:		
申込み内容	基礎小間 (2.4m × 0.9m × 2.1m)	1 小間	¥ 250,000- × ( )小間
合計	¥		
主な出展物 (予定)			
電気使用の有無	無 ・ 有 ( W)		
重量物の有無	無 ・ 有 (出展物名: 約 kg)		
貴社手配の 内装業者の有無	無 ・ 有 (出展社名: )		
その他、ご要望、特記事項がございましたら、ご記入ください。			

【申込・お問い合わせ先】

株式会社ネクステージ 〒920-0059 石川県金沢市示野町南 45 番地

TEL:076-216-7000 FAX:076-216-7100 E-mail:56jswh@nex-tage.com

回答締切日:2026 年 11 月 10 日(火)

返信先: 56jswh@nex-tage.com / FAX: 076-216-7100

第 56 回日本創傷治癒学会 運営事務局 宛

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

第56回日本創傷治癒学会

寄附金申込書

第56回日本創傷治癒学会の趣旨に賛同し、下記のように申し込みいたします。

〒

住 所

法人名

氏 名

1 寄付金額	¥
2 指定研究者等の氏名	会長:紺家千津子(石川県立看護大学 成人・老年看護学講座)
3 寄付の目的及び条件	標記学会に対する運営経費の一部に充てる
4 振込先	銀行名:北國銀行(0146) 宇野気支店(302) 口座番号:普通預金 63798 口座名:第56回日本創傷治癒学会代表紺家千津子 ダイゴジウロクカイニホンソウショウチュウガツカイダイヒョウコンヤチヅコ ____年 ____月 ____日に <input type="checkbox"/> 振込みました。 <input type="checkbox"/> 振込みます。
5 連絡先	貴社名 担当部課 御担当者 TEL : E-mail :
6 その他	

【申込・お問い合わせ先】

株式会社ネクステージ 〒920-0059 石川県金沢市示野町南 45 番地

TEL:076-216-7000 FAX:076-216-7100 E-mail:56jswh@nex-tage.com