

締切日：2019年5月17日（金）

付先FAX：092-738-3791

第49回公益社団法人日本口腔インプラント学会・学術大会 運営事務局行

第49回公益社団法人
日本口腔インプラント学会・学術大会
『プログラム集 広告申込書』

申込み年月日	年 月 日			
貴社名				
ご担当者 連絡先	(フリガナ) 氏名			
	部署			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
	E-mail			
	URL			
お申込み内容（希望のものに○印を記入してください。）				
掲載ページ 特別号（抄録 集）	表 2（表紙の裏） カラー1 ページ	108,000 円(税込)		
	表 3（裏表紙の裏） カラー1 ページ	108,000 円(税込)		
	表 4（裏表紙） カラー1 ページ	129,600 円(税込)		
	後付 モノクロ 1 ページ	64,800 円(税込)		
	後付 モノクロ 1/2 ページ	43,200 円(税込)		
申込合計金額	円			
広告内容 （商品名）				
その他、ご要望等ございましたら、ご記入ください。				