

山口県薬剤師フォーラム2017

企業展示 出展のご案内

開催日：平成29年12月3日(日)

会 場：下関市民会館（山口県下関市竹崎町4-5-1）

主 催：一般社団法人山口県薬剤師会

山口県薬剤師フォーラム2017 ご出展のお願い

謹 啓

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私どもは、「山口県薬剤師フォーラム2017」を平成29年12月3日(日)に下関市民会館(山口県下関市)に於いて開催いたします。

今年で5回目となるこの度の内容は、午後の部を山口県の委託事業である「医薬品の正しい使い方普及啓発事業」の一環として県民公開講座を開催します。広く県民に薬剤師の職能と医薬品等の使用に関する正しい情報を知ってもらうことを目的としながら県民の健康増進とセルフメディケーションの推進に努める所存です。

また例年どおり、会場内に企業展示コーナーを設けまして、企業様と会員が最新情報を交換できる場を設けたいと考えております。企業様におかれましては、是非ともこの度のフォーラムの趣旨をご理解いただき、ご出展について特段のご理解とご協力を賜わりますようお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴社の益々のご発展を心よりお祈り申し上げます。

謹 白

平成29年9月吉日

一般社団法人山口県薬剤師会
会長 中原 靖明

山口県薬剤師フォーラム 2017

企業展示概要

I. 学会概要

開催日：平成 29 年 12 月 3 日（日） 9:45～15:30
学会会場：下関市民会館 大ホール・中ホール・展示室
山口県下関市竹崎町 4 丁目 5-1 電話 083-231-6401

参加者数： 約 400 名（薬剤師）

II. 企業展示概要

開催日時：平成 29 年 12 月 3 日（日） 11:15～15:00（終了時間が早まる場合があります）
展示会場：下関市民会館 1 階 展示室

搬入：平成 29 年 12 月 2 日（土） 14:00～18:00 または当日 9:00 から
事前送付：平成 29 年 12 月 2 日（土） 14:00～17:00 必着で下記へ送付してください。
〒750-0025 山口県下関市竹崎町 4 丁目 5-1
下関市民会館 展示室
山口県薬剤師フォーラム あて
下関市民会館電話 083-231-6401

※お荷物には「12/3 フォーラム備品」とご記入ください。

搬出・撤去：平成 29 年 12 月 3 日（日） 15:00～（予定）

搬入搬出経路：正面玄関から台車で持ち込み可能ですが、大型のものについては事前に下関市民会館にお尋ねください。

※開催時間、搬入・搬出の時間は変更になる場合がございますので予めご了承下さい。

募集小間数： 15 小間

出展料： 10 万円（税込）／小間

基礎小間：＜スペース渡し＞

長机サイズ 75 cm×180 cm 白クロス掛け
バックパネルを 1 枚用意します。

電源使用可能、申し込み時にご記入ください。

※消費電力 500w を超える場合は特別電源工事が必要となります。（有料）

III. 申込み方法

別紙申込書に必要事項をご記入の上、山口県薬剤師会へファクシミリでお送りください。
申込書到着後、出展料請求書をご郵送いたします。

尚、展示小間に制限がございますので、なるべくお早めにお申し込み下さい。
※ 場所の決定に関しましては、主催者に一任下さいますようお願い致します。

申込締切日：平成 29 年 10 月 20 日（金）

※但し、予定小間数に達し次第締め切らせていただきます。

申込先：一般社団法人山口県薬剤師会

〒753-0814 山口県山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号

山口県総合保健会館 4 F

TEL：083 - 922 - 1716 FAX：083 - 924 - 7704

E-mail：office@yama-yaku.or.jp

出展料のお支払：

(1) お申込と同時に、指定の銀行口座に出展料をお振込下さい。

- ・勝手ながら、「送金手数料」は差し引かないでご送金をお願いします。
- ・銀行でお受取りの「振込金受取書」をもって領収証の発行を省略させていただきます。

出展料お振込先：

お振込先：山口銀行 山口支店 普通預金 6 5 4 6 6 9 1

口座名：一般社団法人山口県薬剤師会

会長 中原 靖明

(2) 入金確認後、正式な申込みとさせていただきます。

出展申込の解約：

出展申込提出後の取消は原則として認めません。但し、主催者にてやむを得ないと認めた場合は解約を受領いたします。

出展物の管理：

出展物の管理は、出展者が責任を持つものとし、出展期間中の出展物の盗難・紛失・災害・損害など、不可抗力による出展物に対して、補償等の責任は主催者側では一切負いかねますので予めご了承ください。出展者にて保険に加入する等の措置をおとり下さい。また、出展者の行為により事故が発生した場合は、当該出展者の責任において解決するものとし、主催者はこれに対し一切の責任を負いません。

その他留意事項：

搬入・搬出時に発生したゴミはすべてお持ち帰り願います。

FAX送信先：083-924-7704

山口県薬剤師フォーラム2017

(出展申込書)

【申込先】

山口県薬剤師フォーラム2017 事務局
一般社団法人山口県薬剤師会事務局内
TEL: 083-922-1716

「出展のご案内」に従い、下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

出 展 者	会社名	フリガナ			
		会社名			
		所在地	〒		
	担当者	フリガナ	氏名	印	所属・役職
		TEL			
		E-mail			

※諸連絡に使用しますので、メールアドレスは必ずご記入ください。

◆ 申込小間・出展料

タイプ	展示用机サイズ	1小間料金	希望小間数	出展料金合計
スペース渡し	180cm × 75cm	100,000円(税込)	小間	円

電源の使用	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
-------	--

◎基本500W以上の電気をご使用になる場合は最大の電源使用量をご記入ください。
500W以上の場合は別途工事費が必要となりますので予めご了承くださいませ。
※お渡しは基本的に1口コンセントになりますが、特別の使用があればお知らせ下さい。

W

請求書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
-----	--

◎主要出展品目 ※機器ごとにおおよその使用電力をご記入ください。

●出展料の支払い

- (1)申込みと同時に、指定の銀行口座に出展料をお振込下さい。
- (2)入金確認後、正式な申込みとさせていただきます。

●出展申込の解約

出展申込書の提出後は、当方が不可抗力と認めた事故以外は取消は出来ません。従いまして、出展料の返却は致しかねますので予めご了承の程お願い致します。

申込締切日

平成29年10月20日(金)

※必ずコピーを取り、控えをお持ち下さい。