

第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会 ランチオンセミナー募集のご案内

会 期： 2025年7月5日（土）
会 場： ライトキューブ宇都宮
主 催： 第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会

大会長 福田 宏嗣
(獨協医科大学 心臓・血管外科 教授)

事務局： 獨協医科大学 心臓・血管外科学講座
〒321-0293 栃木県下都郡壬生町 大字北小林 880

運営管理： 株式会社 AVANFORCE
〒187-0003 東京都小平市花小金井南町 1-19-3-802

運営事務局： 有限会社 トータルリバー
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-3-2 郵船ビル 1階
E-mail : jmics2025@totalriver.co.jp
TEL : 03-5533-8895
FAX : 03-5533-8896

ランチョンセミナー・申込について

第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会

大会長 福田 宏嗣

1. 会 期 2025年7月5日(土)
2. 会 場 ライトキューブ宇都宮
〒321-0969 栃木県宇都宮市宮みらい1-20 TEL: 028-611-5522
3. 参加者数 約500名
4. 募集企業数 2社
5. 実施日時 2025年7月5日(土) 1講演 60分間 12:00~13:00(予定)
※プログラムの調整上お時間は変更となります。必ずご確認ください。
6. 利用予定の会場 ※収容人員は変更になる場合もございます。

番号	会場名	収容人員 (シター形式)	協賛金 (消費税込み)
1	第1会場	約200名	1,650,000円
2	第2会場	約200名	1,650,000円

※発表に必要な機材(機材管理オペレーター、発表用PCは除く)、マイク等は共催費に含まれます。
※会場の収容人数は現状の試算です。収録希望等で別途機材を入れる場合は再度調整いたします。

●以下の費用は共催費に含まれておりません。

- ①食事代：参加者用弁当(お茶付き)、演者・座長打合せ食事等
- ②人件費：共催セミナー運営スタッフ(映写オペレーター、アナウンス係、照明係、進行時計係、弁当・資料配布係、誘導係等)
- ③看板・掲示物：会場表示立札、控室前立札、氏名掲示(演者・座長)
- ④謝礼、交通費(演者・座長)
- ⑤追加機材：ノート型PC、同時通訳、収録、控室の機材等
- ⑥開催形式が変更になった際、上記以外に別途費用が発生する場合がございます。
- ⑦業務運営費(上記手数料15%)

●注意事項

- ①日時、使用会場、テーマ、座長、演者については、共催企業様のご希望をお伺いいたしますので、申込書にご記入ください。但し、学会プログラムを検討の上で、調整をさせていただく場合もございます。

- ②複数企業との共同開催も可能です。
- ③申込完了後の解約は原則として認めておりません。
- ④テーマ、座長及び演者については原則として学会事務局にご相談の上、共催企業様が決定いただきますようお願いいたします。

7. 申込方法

別紙「ランチョンセミナー申込書」に必要事項をご記入の上、下記送付先へ FAX またはメールにてお申込みください。申込内容を確認後、追って請求書を郵送いたします。

8. 申込締切

2025年4月25日（金）までに、申込書をご送付ください。

但し、募集企業数に達し次第、申込を締め切らせていただきます。

9. 振込口座

【振込口座】

銀行名：足利銀行 おもちゃのまち支店（156） 普通預金 No. 5533690

口座名：第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会

（カナ）ダイキユウカイニホンテイシンシユウシンゾウシユジュツガツカイ

※振込手数料はご負担ください。

※銀行発行の振込控をもって当方の領収書に代えさせていただきます。

※申込書受領後、運営事務局より請求書をお送りさせていただきます。

請求書発行日より1ヶ月以内に所定の口座にお振込みください。

※日本製薬工業協会の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」及び日本医療器産業連合会（医機連）の「医療機器業界における医療機関等とのに基づき「共催セミナー会社と医療機関及び医療関係者との関係の透明性に関する指針」に従い、学会等の会合開催にかかる費用を「学会名」「共催セミナー名」の通りに、貴社ウェブサイト上に公開することに同意いたします。

10. 申込書送付先（お問合せ先）

第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会 運営事務局

有限会社 トータルリバー

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-3-2 郵船ビル1階

E-mail : jmics2025@totalriver.co.jp

TEL : 03-5533-8895 FAX : 03-5533-8896

以上

第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会 ランチョンセミナー申込書

申込日 : 年 月 日

下記のとおりランチョンセミナーの申込みをいたします。

会社名		TEL	
		FAX	
部課名		E-mail	
住 所	〒 -	担当者	
希望日		希望枠	第1会場 第2会場 (会場は予定です)

◆ご予定をご記入ください。(未定の場合は空白で結構です)

セミナー 内容	テーマ :	
	座 長 :	
	演 者 :	

送付先 : 第9回日本低侵襲心臓手術学会学術集会 運営事務局
有限会社 トータルリバー
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-3-2 郵船ビル 1 階
E-mail : jmics2025@totalriver.co.jp
TEL : 03-5533-8895 FAX : 03-5533-8896