

賛助会員 各位

第 19 回東京都医学検査学会

学会長 益田 泰蔵

## 第 19 回東京都医学検査学会

### ランチョンセミナーご講演企業募集のご案内

謹啓 貴社におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。  
平素は、技師会活動へのご理解、ご協力ならびにご指導を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記の日程で開催いたします第 19 回東京都医学検査学会におきまして、  
ランチョンセミナーをご講演いただく企業様を募集いたします。

諸般厳しき折、誠に恐縮ではございますが、貴社のご協力、ご支援をお願い申し上げます。

敬具

#### 記

#### 1. 学会開催概要

会期： 2024 年 12 月 8 日（日）

会場： 秋葉原UDX 4 階 （東京都千代田区外神田 4 丁目 14-1）

テーマ： 心・技・知～臨床検査技師の未来を創るのは今～

#### 2. ランチョンセミナー開催概要

◆ 2024 年 12 月 8 日（日）12：00～13：00 5 会場について募集

No	会場名		最大収容人数
1	第 2 会場	NEXT 1	170 名
2	第 3 会場	NEXT 2	110 名
3	第 4 会場	NEXT 3	70 名
4	第 5 会場	ギャラリー Type W	100 名
5	第 6 会場	6 階カンファレンス A+B	120 名

◆ 発表形式 PC を使用した口演で質疑を含む

◆ 登録料 200,000 円（税込）+お弁当・お茶代 1700 円（税込）

◆ お弁当 上記金額以下で全会場同じお弁当で準備予定

◆ 申し込み送付先

申込書に必要事項を記載の上、下記アドレスまで送付ください。

採否については学会にご一任ください。

申し込み確認後詳細および振込先をご案内いたします。

◆ 申し込み期限 : 2024年8月30日(金)

◆ 問合せ先 : 益田 泰蔵 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター)

Mail : 19tmamt@gmail.com

以上

第19回東京都医学検査学会

ランチョンセミナー 申込書

2024年 月 日

◆ 申込者情報

会社名

---

住所 〒

---

Tel:

Fax:

---

部課名

担当者

---

E-mail:

---

◆ 予定講演内容および時間枠

演題名	
座長	氏名： 所属：
講演者	氏名： 所属：
希望会場	第1希望 第2希望
その他通信欄	

◆ 申込書送付先：益田 泰蔵（独立行政法人国立病院機構東京医療センター）

Mail：19tmamt@gmail.com

この申込書は都臨技の学会HPからダウンロードできます。

ファイルで上記のアドレスまで送信ください。

決定後、詳細および振込み先をご案内いたします。

◆ 問合せ先 メールでのみ承ります。