

第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会

機器展示会のご案内

大会長 亀井 和利

(横浜労災病院 歯科口腔外科 部長)

ご挨拶

謹啓 貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会を2025年8月1日（金）・2日（土）、新横浜グレイスホテル（神奈川県横浜市/新横浜駅前）にて開催させていただくこととなりました。現在、関係者一同、鋭意準備を進めているところでございます。

つきましては、貴社製品を広く会員に紹介することはもとより、会員との情報交換等のために学会と附設して展示会を開催いたしますので、この機会に奮ってご出展くださいますようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社の益々のご繁栄を心よりご祈念申し上げます。

謹白

2024年5月吉日

第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会

大会長 亀井和利

横浜労災病院 歯科口腔外科 部長

展示会開催概要

1. 学会の名称：第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会
2. 主催機関の名称及び責任者：横浜労災病院 歯科口腔外科 部長 亀井和利（大会長）
3. 会期：2025年8月1日（金）・2日（土）
4. 開催場所：新横浜グレイスホテル
〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-6-15
5. 参加予定数：約300名
6. 展示会日：
〔搬入〕 8月1日（金）15:00 予定
〔展示期間〕 8月2日（土）9:00～17:00 頃
〔搬出〕 8月2日（土）17:00 予定
7. 出展料：1小間 ¥124,000（税込）
※展示台（W 1.8m×D 1.0m×H 0.7m クロス付き）のみの仕様となります。
8. 寸法：幅（W）1.8m×奥行き（D）1.0m×高さ（H）0.7m
9. 申込方法：添付の申込書に必要事項を明記の上、PDFにてメールアドレスまでお送りください。E-mail：jsomft2025@yokohamah.johas.go.jp
添付の機器展示会申込書を受領後、請求書を発行いたします。
※振り込み手数料は貴社にてご負担ください。
10. 募集予定小間数：15小間
※注）定数になり次第締め切らせていただきます。
11. 申込締切日：2025年4月25日（金）
12. 特別装飾：出展社の費用で施工してください。展示場の構造や設備・主催者規制・消防法などの規制がございます。
13. 小間割：出展申込を受付後、主催者側で小間割を決定いたします。
出展社の説明会は行いませんのでご了承ください。

14. 出展物の管理：各出展物の管理は出展社が行ってください。出展物の盗難・紛失・災害等の損害に対して、補償等の責任は一切負いませんのでご了承ください。
15. 学会の参加：学会プログラムの聴講を希望される場合は、別途参加登録が必要となります。
16. 問合せ/申込先：第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会
運営事務局
独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 歯科口腔外科
準備実行委員長 高橋康輔 宛
〒222-0036 神奈川県横浜市港北区小机町3211
TEL：045-474-8111(PHS 5604)
E-mail：jsomft2025@yokohamah.johas.go.jp

お申込先：jsomft2025@yokohamah.johas.go.jp

第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会
準備実行委員長 高橋康輔 宛

申込み年月日 年 月 日

第26回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会
機器展示会申込書

下記の通り、展示会出展を申し込みます。

1. 申込小間数： _____ 小間 申し込みます。
2. 展 示 料： @124,000 × _____ 小間 = ¥
3. コンセント数： _____ 個
4. 展 示 台： 必要 ・ 不要 (※どちらかに○をおつけください。
(幅 1.8m × 奥行 1.0m × 高さ 0.7m))
5. ホームページバナー広告： 必要 ・ 不要 (※どちらかに○をおつけください。
(掲載料は別途@33,000 です。))
6. 出品予定品目：
7. 請求書送付先/連絡先 (送付先と連絡先が異なる場合はメール本文よりご教示
ください)

御社名			
部署名			
ご担当者名			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			