

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

協賛寄附締切日：2026年10月7日（水）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会

【寄附金申込書】

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
大会長 佐藤 健一 様
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会
大会長 水田 健太郎 様

年 月 日

本学会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附を申し込みます。

記

1. 寄附金額 金 _____ 円也

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL		FAX
	E-mail		

- ※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
- ※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。
- ※ ご支援いただいた企業様・団体様のお名前をプログラム集に掲載致します。
製作の都合上、**2026年8月31日(月)**お申込み分までの掲載とさせていただきますので、予めご了承ください。
- ※ お振込確認後に、事務局より領収証を発行・郵送致します。
- ※ 振込手数料は貴社にてご負担ください。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2179634
《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一
(ダイ54カインホンシカマスイガツカイウカイガクジ ユツシュウカイ カイチョウ サトウケンイチ)

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2026年8月31日（月）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会
【プログラム・抄録集広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL		FAX
	E-mail		

※ ご記入いただいた個人情報につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

下記のとおりプログラム・抄録集広告掲載を申込みます。 ※チェック欄に☑をお願いします。

区分	種類	ページ	掲載料（税込）	募集数	チェック
①表4 裏表紙	A4カラー	1頁	¥165,000-	1件	<input type="checkbox"/>
②表2 表紙裏	A4カラー	1頁	¥132,000-	1件	<input type="checkbox"/>
③表3 裏表紙裏	A4カラー	1頁	¥132,000-	1件	<input type="checkbox"/>
④後付A4	A4モノクロ	1頁	¥110,000-	5件	<input type="checkbox"/>
⑤後付A4 1/2（横）	A4 1/2 モノクロ	1/2頁	¥66,000-	10件	<input type="checkbox"/>
版下の送付	メール <input type="checkbox"/> / 宅配（USB <input type="checkbox"/> ・CD-R <input type="checkbox"/> ・清刷 <input type="checkbox"/> ）持込（USB <input type="checkbox"/> ・CD-R <input type="checkbox"/> ・清刷 <input type="checkbox"/> ）				
データ種類	ai <input type="checkbox"/> / psd <input type="checkbox"/> / pdf <input type="checkbox"/>				
版下送付予定日	年 月 日（ ） ※版下送付締切 2026年8月31日（月）必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日（ ） 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2179634
《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一
（ダイ54カニホンシカマスイガ ツカイソウカイガクジ ユツシュウカイ カイチョウ サウケンイチ）

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

展示締切日：2026年7月31日（金）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5

TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会

【企業展示出展申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ			
住所	〒			
担当者	所属部署		役職	
	氏名	フリガナ		
	TEL		FAX	
	E-mail		当日人数	名

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本学会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

下記のとおり企業展示会を申込みます。

※申込み小間数をご記入下さい

形式	区分	小間サイズ	出展料（税込）	申込数
現地開催	① 基礎小間展示	1小間 W1,800×D1,800×H2,100	¥220,000-	小間
	② 書籍販売	1小間 W5,400×D600	¥33,000-	小間

※ 電気使用ならびに電気工事は別途オプション（有料）にて申し受けます。

造作・特別装飾	有り <input type="checkbox"/> ・ 無し <input type="checkbox"/>	※有りの場合は図面を添付してください。
展示物 配布物	※概略/予定で結構です。（寸法・重量など）	
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（レンタル備品など）	

※ お申込書受領後、出展料の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107

《口座番号》普通 2179634

《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一

(ダイ 54 カイニホンシカマスイガ ツカイソウカイガ クジ ユツシュウカイ カイチョウ サトウ ケンイチ)

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

共催セミナー締切日：2026年6月30日(火)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5

TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会

【共催セミナー申込書】

年 月 日

貴社名・団体名		フリガナ					
住所		〒					
担当者	所属部署				役職		
	氏名	フリガナ					
	TEL				FAX		
	E-mail					当日人数	名

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり共催セミナーを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

開催日	セッション名	時間	人数	共催費	第1	第2	第3
10/10(土)	ランチョンセミナー1.2.3	60分	150席	¥440,000-			
	スポンサードシンポジウム1	90分	250席	¥990,000-			
	スポンサードセミナー1	60分	150席	¥880,000-			
開催日	会場	人数	人数	共催費	第1	第2	第3
10/11(日)	ランチョンセミナー5.6.7	60分	150席	¥440,000-			
	スポンサードシンポジウム2	90分	250席	¥990,000-			
	スポンサードセミナー2	60分	150席	¥880,000-			

《講演内容》 ※現時点での予定で結構です。

演題名							
内容							
座長	所属				氏名		
演者1	所属				氏名		
演者2	所属				氏名		

※ 開催日・会場決定後、共催費の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2179634
《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一
(ダイ54カインホンシカマスイガ ツカイソウカイガ クジ ユツシュウカイ カイチョウ サトウケンイチ)

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2026年6月30日(火)迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会
【ハンズオンセミナー申込書】

年 月 日

貴社名・団体名		フリガナ					
住所		〒					
担当者	所属部署				役職		
	氏名	フリガナ					
	TEL				FAX		
	E-mail					当日人数	名

※ ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。

※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおり共催セミナーを申込みます。

※希望日に○を記入してください。

No.	開催日	会場名	開催枠	共催費 (税込)	第1	第2	第3
1	10月10日 (土)	ハンズオンセミナー1 (120分)	午前	¥220,000-			
2		ハンズオンセミナー2 (120分)	午後	¥220,000-			
3	10月11日 (日)	ハンズオンセミナー2 (120分)	午前	¥220,000-			

《講演内容》 ※現時点での予定で結構です。

演題名							
内容							
座長	所属				氏名		
演者1	所属				氏名		
演者2	所属				氏名		

※ 開催日・会場決定後、共催費の請求書を発行いたします。振込手数料は貴社にてご負担ください。

※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2179634
《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一
(ダイ54カニホンシカマスイガ ツカイソウカイガ クジ ユツシュウカイ カイチョウ サウケンイチ)

E-mail:54jdsa@yamada-planning.co.jp

FAX:019-635-6033

締切日：2026年8月31日（月）迄

【申込み先】 有限会社ヤマダプランニング
〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
TEL：019-635-6011

第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会
第17回FADAS（アジア歯科麻酔学会連合）学術大会
【ホームページバナー広告掲載申込書】

年 月 日

貴社名・団体名	フリガナ		
住所	〒		
担当者	所属部署		役職
	氏名	フリガナ	
	TEL		FAX
	E-mail		

※ ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本大会の連絡のご案内以外には使用いたしません。
※ 本申込書はお手数ですがE-mailまたはFAXにて送付下さいますようお願い申し上げます。

下記のとおりバナー広告掲載を申込みます。

※チェック欄に☑をお願いします。

区分	サイズ	表示位置	掲載料（税込）	募集枠	チェック
①バナー広告	横234×縦60ピクセル	TOPページ	¥110,000-	2枠	<input type="checkbox"/>
バナーリンク先	URL:				
データ種類	gif <input type="checkbox"/> / jpeg <input type="checkbox"/> / png <input type="checkbox"/>				
データ送付予定日	年 月 日 () ※データ送付締切 2026年9月30日(水) 必着				
請求書	要 <input type="checkbox"/> / 不要 <input type="checkbox"/>	お振込予定日	年 月 日 () 予定		
備考	※その他、ご希望・質問などございましたらご記入ください。（データ作成など）				

※ お振込手数料は貴社にてご負担ください。
※ 領収証は振込金受取書にてお願いします。

《銀行名》岩手銀行 《支店名》本宮支店 《店番》107
《口座番号》普通 2179634
《名義人》第54回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 会長 佐藤 健一
(ダイ54カニホンシカマスイガ ツカイソウカイガクジ ユツシュウカイ カイチョウ サウケンイチ)