

平成 24 年 1 月 吉日

展示企業 様

長崎嚙下リハビリテーション研究会
会 長 山 部 一 実

拝啓 貴社益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、「長崎嚙下リハビリテーション研究会」では、来たる平成 24 年 2 月 19 日（日）に佐世保市の「佐世保市医師会館」におきまして恒例の「特別講演会」を開催いたします。

会場の都合で展示スペースがあまり確保できません。したがって福岡に支店や営業所を設置しておられる企業様にのみご案内を差し上げています。

つきましては、当研究会の活動の趣旨をご理解頂いた上、是非ご協力を賜りますようご検討の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日時・・・平成 24 年 2 月 19 日（日）
AM10:00～PM14:30
2. 場所・・・佐世保市医師会館
長崎県佐世保市祇園町 257 Tel:0956-22-5900
3. 内容・・・展示（1 コマ：テーブル 1 台分を予定、募集予定数：4-6 社）
（注）展示は中ホール ロビー
4. 費用・・・1 万円 *東北大震災への義捐金として使わせて頂きます・
5. 搬入・・・展示物の搬入は、当日の 9:00 から可能です。

【お申込締め切り】 随時受付します。

問合せ先 山部歯科医院内「長崎嚙下リハビリテーション研究会」 Tel : 0956-65-2101 Fax : 0956-65-2102 E-mail : n-engerihaken@swallow-web.com 担当 : 山部・岩井

長崎嚙下リハビリテーション主催「特別講演会」・展示申込書

弊社はこの度「長崎嚙下リハビリテーション研究会」の趣旨に賛同し展示の申込みを致します。

平成 年 月 日

会社名 _____

所在地 〒 _____

住所 _____

Tel _____ Fax _____

E-mail _____

代表者名 _____ (役職) _____

所属部課名 _____

展示担当者名 _____

出展物名 _____

[申込先]

〒859-6101

長崎県佐世保市江迎町長坂180-9

山部歯科医院内「長崎嚙下リハビリテーション研究会」

Tel 0956-65-2101 Fax 0956-65-2102

E-mail n-engeri@swallow-web.com

*お手数でも上記に記載して頂き、本書を郵送又はFAXにてお届け願います。

* [お申込締め切り] 2月18日