

共催セミナー開催計画概要

1. 会 期：2019 年 7 月 6 日(土) ～7 日(日)
2. 会 場：名古屋国際会議場
〒456-0036 名古屋市熱田区熱田西町 1-1 TEL：052-683-7711

3. 会場及び共催金額

日 程	開催時間 (予定)	セッション名	開催会場	収容人数 (シアター形式)	金 額 (総額)
7/6 (土)	12:15~13:15	共催セミナー	第 1 会場 4 号館 白鳥ホール	912 名	432,000 円
			第 2 会場 2 号館 2F 224	236 名	324,000 円
7/7 (日)	12:15~13:15		第 1 会場 4 号館 白鳥ホール	912 名	432,000 円
			第 2 会場 2 号館 2F 224	236 名	324,000 円

※奮ってご応募頂きますようお願い申し上げます。

4. 座長・演者・テーマの選定について

座長、演者、演題は共催企業のご希望を伺い、事務局でプログラムと調整し、協議の上最終決定いたします。ご内諾をお取りになる前に、運営事務局までご連絡ください。

各社にて重複して同じ座長・演者の希望があります場合などは、候補者の変更をご依頼することがございますので、何卒ご了承ください。

5. 共催金額に含まれる費用：

- (1) 会場費および控室室料
- (2) プログラム関係費(企画、抄録掲載、共催企業名掲載)
- (3) 会場講演用機材、備品(液晶プロジェクター、スクリーン、音響・照明設備、舞台など)及び、それらの設営費など

※共催社からのお弁当の提供は不要です。昼食は、参加者が各自で持参されます。

6. 共催企業で別途ご負担頂く費用：

- (1) 座長、演者などへの謝金、旅費、宿泊費(公正競争規約や公務員服務規約などに準じます)
- (2) 人件費(PC スライド操作、音響・照明操作、資料配布、アナウンスなどの運営要員)
- (3) 講演の録音、ビデオ収録、同時通訳機器費用など
- (4) 広告用チラシなどの印刷物
- (5) 控室でご使用のためオーダーされた液晶プロジェクター、スクリーン、PC など機材費
- (6) 控室での企業スタッフならびに座長、演者用飲食費
- (7) 会場および控室前の表示看板

7. プログラム・抄録集及びネームカード：

プログラム・抄録集には「共催」として会社名を明示し、掲載いたします。

完成後、各企業にプログラム・抄録集及びネームカードを下記のとおり寄贈・配布いたします。

座長・演者の方には、企業各社よりプログラム・抄録集、ネームカードをお渡しください。

種 類	部 数
プログラム・抄録集 ※事前参加登録者には事前に配布する予定です。	2 部
ご招待用ネームカード ※全会場ご入場いただけます	2 枚
スタッフ用ネームカード ※セミナー会場と控室以外はご入場いただけません。	10 枚

8. 広報チラシ：

印刷前の校正の段階で事務局に原稿のチェックを受けてください。

広告には、共催として大会名を併記し、掲載していただきます。

サイズは A4 サイズに統一してください(A3 見開きは可能)。

9. お申込み方法

申込用紙の所定の項目に全てご記入いただき、下記運営事務局まで FAX でお申込ください。同日時に複数のお申込がある場合は、事務局に一任とさせていただきます。

10. お申込み期限

2019 年 4 月 26 日(金)

11. 共催金の振込

共催枠確定後、請求書をご担当者様宛に送付いたします。共催金は請求書を以ってお振込みください。(共催金額受領書のお振込金明細書をもって返させていただきます。)

12. お問い合わせ先

第 25 回日本看護診断学会学術大会

運営事務局 株式会社 オフィス・テイクワン

担当 野尻

〒451-0075 名古屋市西区康生通二丁目 26 番地

TEL: 052-508-8510 / FAX: 052-508-8540 / E-mail: jsnd25@cs-oto.com

第 25 回日本看護診断学会学術大会 共催セミナー申込書

日 時	セミナー名	会場名	申込
7 月 6 日(土)	共催セミナー	第 1 会場 4 号館 白鳥ホール	
		第 2 会場 2 号館 2F 224	
7 月 7 日(日)	共催セミナー	第 1 会場 4 号館 白鳥ホール	
		第 2 会場 2 号館 2F 224	

※申込が重複する場合は、事務局に一任頂きますようお願いいたします。

座長、演者のご希望がございましたらお知らせ下さい。

	氏 名	所 属	備 考
座 長	第 1 希望		
	第 2 希望		
	第 3 希望		
演 者	第 1 希望		
	第 2 希望		
	第 3 希望		

※1 セッションで座長・演者が複数の場合は備考欄にご記入下さい。

セミナーテーマ等、特記すべきことがありましたら、以下に簡単にご記入下さい。

(ふりがな) 貴 社 名			
所 在 地	〒 -		
ご 担 当 者	お名前 :		
	部署 :		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		

【申込先(お問い合わせ)】

株式会社 オフィス・テイクワン内
第 25 回日本看護診断学会学術大会 担当:野尻
〒451-0075 名古屋市西区康生通二丁目 26 番地
E-mail:jsnd25@cs-oto.com / TEL:052-508-8510

申込締切日:2019 年 4 月 26 日(金)

FAX 送信先:052-508-8540