

第2回日本疾患幹細胞学会学術集会

開催趣意書 (申込書)

共催学術セミナー	申込書
企業展示	申込書
プログラム抄録集広告掲載	申込書
ホームページバナー広告	申込書
会場スクリーン幕間広告	申込書
ネームカードフォルダー&ネックストラップ	申込書
コンGRESバッグ	申込書
寄付金	申込書

FAX : 06-6949-8138 E-MAIL : jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2026 年 10 月 30 日 (金)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 共催学術セミナー申込書

申込日 年 月 日

貴社名			
ご住所	(〒 -)		
ご担当者	ご氏名		
	ご所属部署		
	TEL	FAX	
	E-MAIL		

◆第 3 希望まで数字をご記入ください。 ※第 1 会場はグランホール 1.2 合体利用を予定

希望	共催セミナー名	開催日時	会場	席数 (予定)	共催費 (税込)
	ランチョンセミナーA	2027 年 2 月 12 日 (金)	第1会場	350 席	1,320,000 円
	アフタヌーンセミナーA	2027 年 2 月 12 日 (金)	第1会場	350 席	990,000 円
	イブニングセミナー	2027 年 2 月 12 日 (金)	第1会場	350 席	660,000 円
	モーニングセミナー	2027 年 2 月 13 日 (金)	第1会場	350 席	660,000 円
	ランチョンセミナーB	2027 年 2 月 13 日 (土)	第1会場	350 席	1,320,000 円
	アフタヌーンセミナーB	2027 年 2 月 13 日 (土)	第1会場	350 席	990,000 円

予定内容 司会 (座長) : 演者 :
テーマ :

その他ご意見・ご希望 :
※お申込受領後、大会運営事務局より折り返しご連絡を差し上げます。

【お問合せ先】

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局
株式会社アカデミック・ブレインズ内
〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階
TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jds2027@academicbrains.jp

FAX : 06-6949-8138 E-MAIL : jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2026 年 10 月 30 日 (金)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 企業展示申込書

申込日 年 月 日

貴社名			
ご住所	(〒 -)		
ご担当者	ご氏名		
	ご所属部署		
	TEL	FAX	
	E-MAIL		

◆申込小間数等

申込数 (小間数)	展示のみ	: 385,000 円 (税込)	×	() 小間
	展示+フラッシュトーク	: 407,000 円 (税込)	×	() 小間
	展示+幕間広告セット	: 495,000 円 (税込)	×	() 小間
	書籍 (※テーブルのみ)	: 22,000 円 (税込)	×	() 小間
展示台	要 ・ 不要	目的	研究紹介・販促・その他	

※展示台不要、自社装飾をご希望の場合は、展示台不要をご選択ください。

※オプション備品などについては、お申込受領後、別途、ご案内いたします。

◆展示品目 ※可能な範囲でご記入ください。重量物の持ち込みがある場合は重量をご記入ください。

主な展示品目	サイズ (W×D×H) m/m ²	重量 (kg)

その他ご意見・ご希望 :

お支払いについて

本申込書記載内容を確認後、広告掲載決定次第、請求書を送付いたしますので、指定期日までに指定口座にお振込ください。なお、振込手数料は申し込み企業様にてご負担をお願いいたします。また、お申込後のキャンセルは、原則として受け付けません。併せてご了承ください。

※領収書は、銀行発行の振込み控えをもって代えさせていただきます。別途、領収書が必要な場合は、ご連絡ください。

【お問合せ先】

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局

株式会社アカデミック・ブレインズ内

〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階

TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2026 年 10 月 30 日 (金)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 プログラム抄録集広告掲載申込書

申込日 年 月 日

貴社名			
ご住所	(〒 -)		
ご担当者	ご氏名		
	ご所属部署		
	TEL	FAX	
	E-MAIL		

○を 記入		広告サイズ・位置	色	掲載料金 (税込)	募集枠
	表 4	1 頁 (裏表紙)	モノクロ	220, 000 円	1 枠
	表 2	1 頁 (表紙裏)	モノクロ	165, 000 円	1 枠
	表 3	1 頁 (裏表紙の内側)	モノクロ	154, 000 円	1 枠
	後付	1 頁 (巻末)	モノクロ	110, 000 円	2 枠
	後付	1/2 頁 (巻末)	モノクロ	66, 000 円	4 枠

※広告配置については、大会運営事務局に御一任ください。

お支払いについて

本申込書記載内容を確認後、広告掲載決定次第、請求書を送付いたしますので、指定期日までに指定口座にお振込ください。なお、振込手数料は申し込み企業様にてご負担をお願いいたします。また、お申込後のキャンセルは、原則として受け付けません。併せてご了承ください。

※領収書は、銀行発行の振込み控えをもって代えさせていただきます。別途、領収書が必要な場合は、ご連絡ください。

【お問合せ先】

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局
株式会社アカデミック・ブレインズ内
〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階
TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jdscs2027@academicbrains.jp

FAX : 06-6949-8138 E-MAIL : jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2026 年 10 月 30 日 (金)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 ホームページバナー広告掲載申込書

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 会場スクリーン幕間広告申込書

申込日 年 月 日

貴社名			
ご住所	(〒 -)		
ご担当者	ご氏名		
	ご所属部署		
	TEL	FAX	
	E-MAIL		

○を 記入		掲載場所 投影場所	備考	料金 (税込)	募集枠
	バナー	学術集会 HP TOP に掲載	画像データ	99,000 円	1 社
	幕間広告	講演会場メインスクリーン	スライドショー	165,000 円	1 社

※募集枠数については予定数となります。
※両方のお申込も可能です。

お支払いについて

本申込書記載内容を確認後、広告掲載決定次第、請求書を送付いたしますので、指定期日までに指定口座にお振込ください。なお、振込手数料は申し込み企業様にてご負担をお願いいたします。また、お申込後のキャンセルは、原則として受け付けません。併せてご了承ください。

※領収書は、銀行発行の振込み控えをもって代えさせていただきます。別途、領収書が必要な場合は、ご連絡ください。

【お問合せ先】

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局
株式会社アカデミック・ブレインズ内
〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階
TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2026 年 9 月 25 日 (金)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 ネームカードホルダー&ネックストラップ申込書

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 コングレスバッグ申込書

申込日 年 月 日

貴社名			
ご住所	(〒 -)		
ご担当者	ご氏名		
	ご所属部署		
	TEL	FAX	
	E-MAIL		

○を 記入	印字場所	内容	備考	料金 (税込)	募集枠
	ストラップ	企業名 ロゴなど	カラー	220,000 円	1 社
	バッグ側面	企業名 ロゴなど	カラー	220,000 円	1 社

※いずれか一方のお申込のみとなります。

お支払いについて
本申込書記載内容を確認後、掲載枠等決定次第、請求書を送付いたしますので、指定期日までに指定口座にお振込ください。なお、振込手数料は申し込み企業様にてご負担をお願いいたします。また、お申込後のキャンセルは、原則として受け付けません。併せてご了承ください。

※領収書は、銀行発行の振込み控えをもって代えさせていただきます。別途、領収書が必要な場合は、ご連絡ください。

【お問合せ先】

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局

株式会社アカデミック・ブレインズ内

〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階

TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jds2027@academicbrains.jp

FAX : 06-6949-8138 E-MAIL : jds2027@academicbrains.jp

申込期限 : 2027 年 2 月 13 日 (土)

株式会社アカデミック・ブレインズ内
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局 宛

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 寄付申込書

申込日 年 月 日

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会
会長 井上 治久 殿

第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会の趣旨に賛同し、下記の金額を寄付いたします。

金 円也

送金日	年 月 日 (予定 ・ 済み)
貴社名	
ご住所	(〒 -)
ご担当者	ご氏名
	ご所属部署
	TEL FAX
	E-MAIL

【振込先】 三菱 UFJ 銀行 聖護院支店(445)
口座番号 普通預金 0242018
口座名義 第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会
(ダイニカイニホンシッカカンカンサイボウガツカイガクジュツシュウカイ)

※必ず寄附金申込完了後に、上記口座までお振込をお願いいたします。
※振込手数料はご負担ください。

【お問合せ先】
第 2 回日本疾患幹細胞学会学術集会 大会運営事務局
株式会社アカデミック・ブレインズ内
〒540-0033 大阪府中央区石町 1-1-1 天満橋千代田ビル 2 号館 10 階
TEL: 06-6949-8137 FAX: 06-6949-8138 E-MAIL: jds2027@academicbrains.jp