第26回日本臨床脳神経外科学会
掲示用　ポスター・チラシ　送付票

学会名 団体名			
貴社名			
担　当　者		緊急連絡先 携帯番号	
内容物	※ 必ず内容物を記載ください。 ☐ ポスター×　　枚　　☐ チラシ×　　枚 ☐ 他（　　）×　　枚		
返却可否 ※記載必須	☐ 要返却　・　☐ 返却不要 ※要返却の場合は、着払い伝票を同梱要	個口数	／　　個口

※ 到着日：7月14日（金）：午後着指定　厳守

※ 運営本部にて開封のうえ、設置させていただきます。

※ 必要枚数を出力のうえ、
本荷札を必ず送付物の側面に貼付してください。

【送付先】
〒321-0969
栃木県宇都宮市宮みらい1-20
ライトキューブ宇都宮　控室102　気付
「第26回日本臨床脳神経外科学会」 運営本部　宛
TEL　028-611-5522