

申込期限：2024年3月29日（金）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先：第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8  
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534 E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

第28回日本医療情報学会春季学術大会・企業展示出展申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください  
※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません

◆申込内容 ※希望小間数をご記入ください。

(間口 1.8m×奥行 0.9m×高さ 2.1 m) \_\_\_\_\_ 小間

◆展示内容（予定） ※該当する項目欄に☑印を記入し、出展物についてご記入ください

- 1. 病院情報システム…… 病院情報システム、オーガニザンションシステム、医事会計システム、病院経営管理など
- 2. 診療所システム…… 小規模病院・診療所システムなど
- 3. 看護情報システム…… 看護支援業務システム、看護管理システム、看護過程システムなど
- 4. 薬剤情報システム…… 薬剤業務支援、処方・注射オーガ、服薬指導・薬歴管理、医薬品管理など
- 5. 電子カルテシステム… 電子カルテ、医療・診断支援システムなど
- 6. 画像診断システム…… 画像ファイルと配信、医用画像処理・解析、バーチャルリアリティなど
- 7. 検査情報システム…… 検査業務支援システム、自動分析機器など
- 8. インフラシステム…… 通信・ネットワーク、セキュリティシステムなど
- 9. 広域医療・介護・福祉… 地域医療、在宅ケア、遠隔医療、介護・福祉情報、介護保険情報など
- 10. 情報教育…… 医療情報学、看護情報学、マルチメディア、電子教科書、電子ジャーナルなど
- 11. その他…… ( )

出展品を具体的にご記入ください

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限：2024年3月29日（金）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先： 第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8  
TEL: 03-6803-1522 FAX: 03-6803-1534 E-mail: kobayashi@keimed.co.jp

第28回日本医療情報学会春季学術大会・カタログ展示出展申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください  
※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆申込内容

棚

◆カタログ展示内容（予定）

※該当する項目欄に☑印を記入してください。製品カタログの場合はそのカテゴリーもご記入してください。

- 1. 会社プロフィール
- 2. 製品カタログ
  - 病院・診療所情報システム
  - 看護・薬剤情報システム
  - 電子カルテシステム
  - 画像診断システム
  - 検査情報システム
  - インフラシステム
  - 広域医療、介護・福祉関連
  - 情報教育関連
  - その他（ ）

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限：2024年3月29日（金）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先：第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興 1-2-8  
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534 E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

第28回日本医療情報学会春季学術大会・展示ルーム申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆申込内容 ※項目欄に☑印をご記入ください。

展示ルームに申し込みます

使用方法（案） ※案でも結構ですので、必ずご記入ください。

[ ]

ご要望

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限：2024年3月29日（金）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先：第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8  
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534 E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

## 第28回日本医療情報学会春季学術大会

### 共催セミナー（ランチョン・スイーツ・アフタヌーン）申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください

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

- ◆申込内容 ※該当セミナー欄に☑印をし、かっこ内の希望日時・場所をご記入ください。プログラム等の兼ね合いで  
ご相談させていただくことがございます。複数のセッション希望もお受けします。

種類： ランチョンセミナー  スイーツセミナー  アフタヌーンセミナー

希望日時： 6月13日（木）※LSのみ  6月14日（金）  6月15日（土）

希望規模： 330席規模  180席規模

テーマ：（ ）

\*テーマ（カテゴリー）が申込時未定の場合は未定とご記入ください

- ◆内容概要（予定座長・演者）

予定座長	氏名	所属
予定演者	氏名	所属
	氏名	所属

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限：2024年3月29日（金）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先：第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8  
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534 E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

第28回日本医療情報学会春季学術大会・広告掲載申込書

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください  
※ご記入いただいた個人情報内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

◆お申込内容 ※該当する項目欄に☐印をご記入ください。（複数記入可）  
※大会プログラム・論文集広告掲載の場合は、入稿方法欄にも必ずご記入ください。

- 1) プログラム・論文集掲載  表4 モノクロ  
(A4版)  表3 モノクロ  
 表2 モノクロ  
 後付 モノクロ 1ページ  
 後付 モノクロ 1/2ページ
- 【入稿方法】  版下・原稿  データ
- 2) 会場内壁面広告  会場内壁面広告  
3) 幕間広告  幕間広告 ( ) 枠  
4) 大会HPバナー広告  大会HPバナー広告  
5) 参加証ロゴ広告  参加証ロゴ広告

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

申込期限：2024年6月12日（水）

E-mail：kobayashi@keimed.co.jp or FAX：03-6803-1534

申し込み先：第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 企業協賛運営事務局  
株式会社ケイ・メッド 担当：小林  
〒121-0823 東京都足立区伊興1-2-8  
TEL：03-6803-1522 FAX：03-6803-1534 E-mail：kobayashi@keimed.co.jp

**第28回日本医療情報学会春季学術大会・寄付申込書**

第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024

大会長 鈴木 隆弘 殿

申込日 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
住所	〒	
実務 担当者	所属部署	氏名
	役職	
	TEL	ファックス
	E-mail	

※住所欄には、実務ご担当者の住所をご記入ください  
※ご記入いただいた個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

第28回日本医療情報学会春季学術大会 シンポジウム2024 の趣旨に賛同し、  
下記のとおり寄付いたします。

記

1. 寄付金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 振込予定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日