|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2019 DMD Conference Korea Sponsorship 신청서** | | | |
| **회 사 명** |  | **대 표 자** |  |
| **주 소** |  | | |
| **Sponsorship** | □ **Premier: 200만원** □ **Executive: 100만원** □ **Associate: 50만원** | | |
| \* Premier를 선택하셨을 경우 부스번호를 기재해 주세요(1~10중 택) [ ]  \* 2개 이상의 부스를 신청하실 경우 별도의 연락을 부탁드립니다. | | | |
| **담당자** |  | **부서명/직위** |  |
| **E-mail** |  | **전화번호** | **Office:**  **Mobile:** |
| **■ 2019 Design of Medical Device Conference Sponsorship** | | | |
| **1. 일정: 2019년 10월 10일(목)~11일(금)**  **2. 장소: 서울대학교병원 의학연구혁신센터 1층**  **3. 광고문안: 제작된 광고문안은 pdf파일로 학회 이메일로 보내주시기 바랍니다.**  **4. 초록집 크기는 A4사이즈 (210mm x 297mm) 입니다.**  **디자인사이즈는 A4보다 상하좌우 각 5mm 크게 제작바랍니다.**  **5. 게재면: 선착순 접수 (신청서 접수 순서에 따라 게재면 지정)**  **6. 광고게재납부방법: 계좌이체**  **입금계좌: 국민은행, 031-01-0420-215, 사단) 대한의용생체공학회**  **7. 신청방법: 작성한 신청서와 함께 입금영수증을 이메일(**[**choi0435@snuh.org**](mailto:choi0435@snuh.org)**)로**  **송부해주시기 바랍니다.**  **8. 계산서 발행: 귀사의 사업자등록증(사본)을 이메일로 보내주시기 바랍니다.**   * 계산서 종류: □ 청구 □영수 * 발행일자: \_\_\_\_\_년 \_\_\_월 \_\_\_일 입금일자: \_\_\_\_\_년 \_\_\_월 \_\_\_일   **9. 참고사항**  **광고게재비용은 신청과 함께 입금되어야 하며, 입금된 참가비용은 환불되지 않습니다.**  **마감일(10/4)까지 입금이 안될 경우 부스 배정이 취소됩니다.** | | | |